

RACCOLTA

DELLE

OPERE MINORI,

CON ANNOTAZIONI

E CON LA GIUNTA D'ARGOMENTI INEDITI

DI

ALESSANDRO RIBERI

Dottore in Medicina e Chirurgia,
Professore di Medicina operativa nella Regia Università di Torino,
Chirurgo primario di S. M. il Re e della Famiglia Reale,
Medico-Chirurgo in 1.° delle LL. AA. Reali il Duca e la Duchessa di Genova,
Senatore del Regno,
Presidente del Consiglio superiore militare di sanità,
Consigliere straordinario del Consiglio dell'istruzione e della Sanità pubblica,
Chirurgo dell' Ospedale Maggiore di S. Giovanni Battista,
Membro dell' Amministrazione dell' Opera della Maternità,
Commendatore dell' ordine de' SS. Maurizio e Lazzaro
e dell' ordine militare di Cristo del Portogallo,
Cav. e Consigl. dell' ordine civile di Savoia,
Socio ordinario dell' Accademia delle Scienze
e dell' Accademia medico-chirurgica di Torino,
Socio corrispondente dell' Accademia di Medicina di Francia,
dell' Accademia Imperiale Medico-Chirurgica di S. Pietroburgo,
dell'Accademia Fisico-Medico-Statistica di Milano,
della Società Accademica di Medicina di Marsiglia,
delle Società Mediche di Barcellona,
di Lisbona, ecc.

VOL. II.

TORINO 1851

LIBRERIA EDITRICE DI CARLO SCHIEPATTI.

Pinerolo, Tip. Chiantore.

LETTERA

al Chiar.[mo] *Dottore* L. Paolo Fario

intorno allo Stafiloma pellucido.

Nella lettera ch' Ella, Chiar.[mo] Dottore, ebbe la nobile cortesia d' indirizzarmi con gentili espressioni, di cui non avverrà mai ch' io sia dimentico, Ella s' è, secondo me, resa benemerita della Scienza e dell' Umanità per due principali capi. Il primo merito di lei è quello d' avere con l' appoggio dei fatti e con ragioni severamente logiche in grande parte distenebrato di sua densa caligine l' intricatissimo argomento della condizione patologica dello stafiloma pellucido. Il secondo merito poi non minore, anzi molto più consolativo e lodevole, è quello d'avere immaginata e praticata con prospero successo un' operazione la quale sembra debba finalmente porre nelle mani dell' arte il freno d' una malattia che fu fin quì un doloroso argomento di incombattibile cecità. Cordialissimamente io mi congratulo seco lei, Chiar.[mo] Dottore e trovo un larghissimo compenso alle fatiche per me durate intorno al mio *Trattato di blefarottalmoterapia operativa*, poichè questo libro, secondo ch' Ella dice con molta candidezza e nobiltà d' animo, le diede materia ed occasione a fare quelle sue indagini le quali fruttarono tanta utilità.

Ella, Chiar.[mo] Dottore ed io calcavamo all' insaputa ' uno dell' altro la medesima via, giacchè nell' ultimo scorso lanno Clinico, cioè lungo tempo prima ch' io avessi notizia della lettera di lei, ho tentata in presenza della Scuola, la guarigione dello stafiloma pellucido con ripetute e successive incisioni fatte

in giro alla cornea con lo scopo d'isolare quasi affatto mercè d'altrettante cicatrici la porzione centrale di questa membrana dalla sua porzione periferica. L'ammalato stato così operato non guarì, ma la sua sorte fu non poco migliorata. Dopo che ebbi poi letta la scrittura di lei, Chiar.mo Dottore, non mi volle molto a vedere che il metodo per me adoperato era com'un istradamento a quello ch'Ella ha proposto ed eseguito. E riflettendo appunto al miglioramento conseguito con il mio metodo, non mi volle neppure molto a persuadermi che, per raggiungere la mira prefissa, il metodo di lei era più idoneo che non il mio. Con sì fatta persuasione io ho praticato, non è ancora un mese, l'imprendimento operativo per lei consigliato in un ammalato della Clinica operativa. Fin quì le cose procedettero secondo i miei voti. Già alquanto vantaggiata è la condizione dell'operato. Io ripeterò gl'atti operativi e poi mi recherò a grata premura di darle contezza dei risultamenti (A). In quell'occasione ch'io anti-

(A) Questi risultamenti furono dai DD. Civalleri e Malvani registrati nella Storia ch'io ho sott'occhi e di cui riferirò quì in breve sommario le principali parti.

Il prete M., su i 28 anni, di temperamento sanguigno-atletico, di robustissima costituzione e d'abito vistosamente cardio-capitale fu ai 28 d'ottobre dell'anno 1838 ricoverato nella Clinica operativa. Sano sin ai 15 anni: cominciò allora a scemare la vista dall'occhio sinistro per miopia: su i 20 anni sofferse per tre mesi una grave cefalalgia, in seguito della quale tanto s'allentò la vista di quell'occhio che gl'oggetti al medesimo anche vicini producevano tal una confusione che non poteva giudicare nè della loro forma, nè della loro distanza, mentre fissando qualche oggetto luminoso posto a distanza lo vedeva moltiplicato e non ne scorgeva neppure distinte le forme: punto non variò il suo stato nel corso d'una grave pleuritide da cui fu in questo mezzo tempo colto e che esigette un energico metodo antiflogistico: non variò pure nel corso di febbri intermittenti tenaci, diuturne ed associate ad intensa cefalalgia da cui fu tocco ai 22 anni, nè in quello d'un flemmone acuto nel volto che lo assalì su i 25 anni, stato domato con pronti e larghi salassi. Accettato nella Clinica, fu egli riconosciuto affetto da stafiloma pellucido

cipo con l'animo, m' intratterrò più diffusamente secco lei intorno allo stafiloma pellucido e procurerò di soddisfare al generoso invito ch' Ella mi ha fatto con una modestia pari ai suoi meriti.

della cornea sinistra con fotofobia, con leggiera epifora e con tale miopia che i corpi anche vicinissimi gl' apparivano confusi e sfigurati, mentre vedeva appena in ombra i corpi voluminosi collocati anche a poca distanza. Furon allora con lunghi intervalli per me praticate in presenza della Scuola cinque incisioni in giro alla periferia della cornea cioè la prima ai 14 di dicembre di detto anno, la seconda ai 2 di gennaio 1839, la terza ai 28 dello stesso mese, la quarta ai 6 e l' ultima ai 22 di febbraio. Dopo ogni incisione uscì umore acqueo in copia: mercè della dieta rigorosa e dei bagnuoli ghiacciati di decozione di foglie d' atropa belladonna, la riazione traumatica fu sempre moderatissima. Il risultamento fu che lo stafiloma diminuì più della metà in volume e che la miopia scemò pur alquanto, rimanendo sempre indistinta e confusa la vista degl' oggetti collocati a qualche distanza. Rimpatriato allora, l' operato rientrò nella Clinica ai 10 di dicembre di detto anno 1839, essendo pressappoco nello stato in cui era quando si dilungò dalla medesima; se non che scorgevasi una piccola macchia nella parte superiore dello stafiloma ed un' aderenza dell' iride al lato esterno della cornea per cui la pupilla offrivasi bislunga; era un cotal poco cresciuta la notata fotofobia dell' occhio sinistro e l' operato lagnavasi anche d' un poco di fotofobia dal destro, prima illeso; fu allora ch' io ho stimato di sottoporlo alla sopra citata operazione stata dal Dottore Fario ideata e già con felice successo attuata, a cui era egli stato condotto dall'avere osservata la guarigione d'uno stafiloma pellucido in seguito ad ulcera nel medesimo spontaneamente nata. Ho perciò levati via successivamente tre lembetti triangolari di cornea in giro alla sua periferia cioè uno inferiormente ai 14 del sopra detto mese di dicembre, il secondo superiormente ai 2 di febbraio del 1840 ed il terzo esternamente ai 25 dello stesso mese. In grazia del riposo, della dieta rigorosa, delle bevute rinfrescative e de' bagnuoli ghiacciati di decozione di foglie d'atropa belladonna la riazione traumatica fu sempre leggiera; se non che accadde che l' iride siasi resa alquanto procidente a traverso della recisione praticata nel lato esterno della cornea; il qual accidente fu in dieci giorni corretto con due cauterizzazioni della parte procidente. Le conseguenze finali di queste operazioni furono le seguenti: campo della cornea ristretto di mezza

Intanto però io non so rimanermi dal notare qui che l' atto operativo per lei proposto può fors' essere ridotto a maggiore semplicità e sicurezza. M' andò subito spontanea all' animo la difficoltà che debbe incontrarsi praticando nella periferia della cornea di molti occhi dotati di grande irritabilità e mobilità un' incisione composta a V, avente la base rivolta al centro di questa membrana e l' apice alla sua circonferenza. M'andò pure subito spontaneo all' animo il pericolo che vi ha di ferire l'iride nella seconda incisione semplice per la ragione che, dopo fatta la prima incisione semplice, cade l' umore acqueo della camera anteriore e l' iride rimane spinta contro la cornea, cancellato ogni vano fra questa e quella. Per ultimo m' andò subito spontanea all' animo la complicazione che risulta dal dovere, fatta con qualche difficoltà e con pericolo l' incisione composta a V, aggiungere un altro atto operativo che è quello d' afferrare con pinzette l' apice del lembo triangolare e poi di recidere questa nella sua base.

Per fare svanire ogni difficoltà ed ogni pericolo; per ridurre l' operazione ad un solo atto; per fissare l' occhio e per impedire gl' effetti della sua mobilità senza ricorrere ai tanti mezzi stati per ciò consigliati ma tutti più o meno dannosi, come sono la pinzetta di Ten Haaf, il doppio uncino di Berenger, la tanaglia di Lecat, il filo del Poyet, lo strumento di Pope, l'ago del Rumpelt, l' oftalmostata di Demours, l' asta del Pamard; per ridurre in fine l' operazione a tanta semplicità che possa

linea circa verso la periferia per le rimaste cicatrici: pupilla alquanto obliqua al basso ed esternamente dov' eravi una parziale aderenza dell' iride: vista di profilo, la cornea offriva la sua naturale sfericità senz' ombra di stafiloma: veduta distinta degl'oggetti voluminosi collocati all' ordinaria distanza: l' operato poteva facilmente distinguere le linee delle coperte che eran ai piedi del suo letto: poteva anzi leggere con tal quale facilità a qualche distanza. In somma se la sua vista non era quella d' uomo del tutto sano molto le s' avvicinava per certo. In questi termini di cose prese egli congedo dalla Clinica ai 7 d' aprile dell' anno 1840.

essa essere facilmente eseguita anche dagli Operatori mediocri; per ottenere tutti questi fini eccole, chiar.mo Dottore, il modo con cui io la ho con tutta mia soddisfazione praticata su l'occhio sinistro. Ho con il piccolo uncino di Beer destinato a distaccare nell' iridodialisi l' iride dalla sua grande periferia afferrata la cornea in quel punto dov' aveva fermo di formare il sopraddetto lembo triangolare e poi, fattane passare la punta fuor fuora, ho con il ceratotomo tenuto con la mano destra eseguita la prima incisione semplice della cornea nel modo ch' Ella ha bellamente descritto; preso quindi il manico dell' uncino con la mano destra ed il ceratotomo con la sinistra, ho eseguita la seconda incisione semplice a pochissima distanza dall' apice del detto uncino, sporgente oltre al piano della cornea; ho in fine reciso con lo stesso ceratotomo la base del lembo triangolare infilato con l' uncino. Bastano questi rapidi cenni perchè si scorga subito derivare dall' uso dell' uncino i seguenti vantaggi: esso fissa l' occhio in tutto il tempo dell' operazione: questa riduce ad un solo atto: essendo interposto, dopo fatta la prima incisione semplice e vuotata la camera anteriore fra la cornea e l' iride, impedisce esso che queste due membrane vadano ad un contatto immediato, pericoloso all' iride nell' eseguire la seconda incisione semplice: rende spedita e facile la recisione del lembo triangolare: non v' è ad ultimo alcun danno dalla puntura della cornea per parte dell' uncino per ciò che il tessuto dalla puntura malmenato è levato via con la recisione.

Un' altra idea mi bolle, Chiar.mo Dottore, nell' animo, la quale non avendo l' appoggio d' alcun fatto, io sto contento a manifestarla qui in modo di problema ed è questa: chi saprebbe dire sin a qual segno la cauterizzazione parziale ma a tutta sostanza della cornea, fatta con il nitrato d'argento potrebbe supplire la recisione d' un lembo triangolare della medesima membrana?

Queste mie idee io aveva premura, Chiar.mo Dottore, di farle palesi, persuaso come sono che facilitando l' applicazione dei compensi operativi, si moltiplicano le occasioni di ridurli

ad atto e si costringerà perciò la natura a svelarci più *presto* quel segreto che in ordine allo stafiloma pellucido essa aveva fin quì gelosamente custodito e che si compiacque già manifestare in gran parte all' ingegno svegliato di V. S. Chiarissima.

Faccia ella, Chiar.^{mo} Dottore, di queste mie riflessioni quel capitale che le parrà e mi creda, ecc. (Estratto dal *Giornale delle Scienze mediche*, v. VII. 1840).



CURA

D' un tumore fungoso-melanico-midollare dell' orbita nato in seguito all' estirpazione d'un tumore scirro-lardaceo della stessa cavità.

M' induco a dire d' un' operazione per me con prospero esito praticata a cagione d'una complicatissima degenerazione fungoso-melanico-midollare *entrorbitale* con la speranza che questo caso sia utile ai Pratici novizii a cui potrà in analoghe od identiche occasioni servire di norma ed inspirare fiducia e coraggio, ed altresì grato ed accetto ai provetti nell' arte per alcune sue particolarità.

La contadina Elisabetta Aghermi di Bruino, di recente maritata, bene menstruata, dotata di temperamento misto linfatico-sanguigno-nervoso, di buona costituzione, di armoniose forme di corpo e d' un animo bene formato, docile, affettuoso, confidentissimo e più che forte, fu ricoverata nella Clinica Operativa dello Spedale di S. Giovanni ai 20 di marzo 1834, essend'ella su il ventesimoprimo anno di sua vita, e ciò con lo scopo di risanare da un tumore scirroso della cavità orbitale sinistra.

Rilevammo dai suoi racconti che nell' infanzia ella travagliò per lungo tempo di dermitidi *crostizzanti* al capo, d'intasamenti ghiandolari al collo e d'ottalmitidi scrofolose. Ci narrò che nell' età d' anni dodici sofferse una pleuritide, stata vinta con cinque salassi e subito dopo una febbre intermittente terzana, malattia molto frequente nel suo luogo nativo, la quale dopo il corso di due anni cedette a larghe dosi di china, lasciando dopo di sè oppilate alcune viscere addominali ed una ricorrente cefalea con senso pur esso ricorrente di peso al capo e di falsi rumori nelle orecchie. Ci narrò pure che questi avanzi morbosi

erano svaniti su i quindici anni in cui comparvero regolari, non dolorosi e piuttosto abbondanti i benefizi lunari. Ci narrò in fine aver ella otto mesi prima del suo ricovero nell'Ospedale avuto a lagnarsi d' un dolore gravativo cupo del fondo dell' orbita sinistra, a cui non sapeva assegnare alcun' altra causa fuorchè quella d' essere stata in un luogo alquanto umido ed oscuro, dove lavorò per molto tempo a luce artificiale sopra oggetti minuti : essere quel dolore scemato nel decimo giorno e svanito nel ventesimo : essere state le sue compagne le prime a farle notare come l'occhio sinistro di lei venisse cacciato fuori dalla sua cavità : lo sporgimento dell' occhio avere preso un graduato aumento e da un mese essersi rinnovati i dolori non solo nell' orbita ma in tutto il lato corrispondente del capo, e ciò ad onta di molti salassi generali e locali, d' una dieta severa, dell' uso de' narcotici, ecc.

Visitata la parte affetta, si rinvenne l'occhio sinistro esoftalmico, secco, spinto al basso ed alquanto all' in fuori e quasi immobile, superstite una vista confusissima con diplopia, ed un tumore duro, quasi indolente al tatto, del volume a un di presso d' un grosso uovo spaccato nel suo diametro trasversale, occupante quasi tutta la cavità orbitale e sporgente verso la radice della palpebra superiore, massimamente verso la parte superiore ed interna dell' orbita.

Riconosciuta l' indole scirrosa del male e sapendo per replicate prove come la cicuta, i mercuriali, gl' oppiati, il muriato di barite, stati da alcuni Pratici cotanto encomiati, sian in simili emergenze inutili, nè riconoscendo nell' ammalata alcuna complicazione, io ho senza mettere tempo di mezzo diradicato il male con il taglio longitudinale della palpebra, stato da alcuni consigliato, e poi ho uniti i margini della ferita con la sutura intorcigliata.

Due eran i tumori entrorbitali, uno grande come la metà d' un uovo, ed è già stato detto, e l' altro del volume d' un'avellana, e tutti e due collocati nel tessuto celluloso che copre il pedicciuolo nerveo-muscolare dell' occhio. La loro natura era

scirro-lardacea. L' occhio gonfiò assai dopo l' operazione ed a malgrado del più energico metodo antiflogistico s' esulcerò e si votò. Nel massimo grado di gonfiezza la palpebra rimase così fattamente distesa che i fili di sutura, lacerati i margini della ferita, lasciarono presa, così che fummi uopo, cessata l' infiammazione, rinnovare la sutura e la cosa ebbe per questo verso un buon esito.

Se questo caso d' infausto successo per l' occhio, a cui io alludeva nel mio *Trattato di blefaroftalmo-terapia operativa* (pag. 76) mi rendeva allor ondeggiante nell' ammettere l' utilità del taglio longitudinale della palpebra a fine di levare via tumori solidi entrorbitali; se in quello stesso Trattato io non ho del tutto impugnata la pratica di coloro che propongono di levarli via a traverso della falda oculo-palpebrale con o senza spaccatura della commessura palpebrale esterna ; ora poi io sbandisco il taglio longitudinale della palpebra e sconsiglio altresì l' incisione della falda oculo-palpebrale per poco che que' tumori siano voluminosi, e ciò con l' appoggio di molti casi in cui essendomi attenuto al metodo d' Acrel che è di praticare il taglio di tutta la spessezza della palpebra verso la sua radice nella direzione della sua naturale curvatura e nel punto più elevato del tumore, ho sempre incontrato molta facilità nel levarlo via, illeso altresì sempre l' occhio con la sua funzione (A). E spero avere concordi nella mia opinione tutti coloro che, riflettendo ai rapporti anatomici dell' occhio con le palpebre, massimamente con la superiore e con la corrispondente parete orbitale, non ignorano le difficoltà che s' incontrano nell' estirpare i citati tumori a traverso di quella falda senza premere e senz' irritare gravemente l' occhio e non ignorano pure come in ambe le testè dette pratiche tocchin ancor a questo nobile organo frequenti ed alle volte fatali pressioni ed irritazioni per le successive medicazioni e per il contatto del pus che stilla dalla ferita.

(A) Sei nuovi casi della sì fatta operazione mi confermarono vieppiù la verità di cotest' asserzione.

Prima di terminare questa digressione, non forse inutile nè estranea all'argomento che ho per le mani, mi preme di prevenir un' obbiezione che mi si potrà fare. Utile, dirà taluno, quando il tumore entrorbitale cresce rasente la parete superiore dell' orbita, tra questa ed il muscolo elevatore della palpebra, l' incisione di questa verso la sua radice è dannosa allorchè ha esso sede tra l'ora detto muscolo ed il pedicciuolo nerveo-muscolare dell'occhio, per ciò che non può rimanere svelto fuorchè sciogliendo la continuità del medesimo muscolo elevatore, il quale all'opposto rimane illeso estirpando il tumore a traverso della falda oculo-palpebrale. Questa obbiezione è però più ingegnosa che vera. Ciò dico fondato su moltiplici fatti da cui mi risultò che dopo l'estirpazione de' tumori solidi entrorbitali, specialmente scirrosi, corrispondenti alla palpebra superiore, questa rimase quasi sempre più o meno pendente ed inerte, fosse leso od illeso il muscolo elevatore. Imperciocchè, se illeso, la sua parte profonda rimane però così cementata con la cicatrice che diventa inutile, superstite la sola azione della sua porzione esterna o superficiale e, se leso, continua tuttavia tanto o quanto l'azione di questa sua porzione superficiale per ciò che, in mancanza del suo punto d' inserzione naturale, acquista essa un artificiale punto d'appoggio nella cicatrice. Convengo che in quest' ultimo caso la palpebra rimane un poco più inerte che non nel primo. Ma questo *più o meno* non debb' essere pel Pratico una condizione imperiosa a segno ch' egli s' induca a far il sagrifizio di tutti gl' incontrastabili vantaggi che offre l' incisione della base della palpebra.

Ritornando or al mio proposito io dico che l'Aghermi, dopo subìta la sopra detta operazione e sofferta una riazione traumatica piuttosto vivace che fu domata con un pronto metodo antiflogistico positivo e negativo, rimpatriò due mesi dopo cioè ai 20 di maggio 1834, avendo l' occhio sinistro atrofico e la palpebra superiore bene cicatrizzata.

Godette ella ottima sanità per lo spazio di tre anni e mezzo cioè fino verso il principio dell' anno 1838 e poi, dietro l'in-

flusso della causa interna primitiva, dei cattivi alimenti di cui usava, del dormire male, ecc., le comparvero di nuovo dolori più acuti di prima i quali si diramavano tutt' intorno all'orbita e nella corrispondente parte del capo e poco stante l' occhio cominciò ad essere sollevato da un tumore che gli cresceva dietro. Ne' primi tre mesi dall' origine del male i dolori, benchè acuti, erano tollerabili e lento l' incremento del tumore: ma ristagnati in quel mentre i menstrui, stati sempre fin qui regolari e copiosi, per imprudenza dell' ammalata che stette per più di due ore co' piedi nell' acqua fredda, il tumore acquistò un notevole e rapido aumento ed i dolori crebbero in un modo incomportabile e divennero lancinanti: di più cominciarono da quel momento a manifestarsi sintomi di lenta angioitide.

L' ammalata pensò allora di riparare nella Clinica Operativa dove fu accettata ai 20 d' ottobre del sopra detto anno 1838, essendo in questi termini di cose: tumore *entrorbitale* sinistro occupante ben bene ogni vano dell' orbita, sporgente a guisa di boleto oltre ad un pollice e mezzo fuori del piano della medesima, d' aspetto fungoso e stillante un licore abbondantissimo e fetentissimo, e sovente sangue, specialmente se toccato: l' occhio atrofico, collocato nel bel mezzo della superficie esterna del tumore, aveva pur esso sofferto una degenerazione fungosa nella sua parte inferiore ed offriva appena alcune tracce della sclerotica nella sua parte superiore: la falda oculo-palpebrale della palpebra superiore era dispiegata e tirata innanzi dal tumore, mentre la pelle della medesima stava applicata intorno alla base di questo a modo di manichino: la palpebra inferiore offriva all' incontro una tumidezza molleggiante a cagione d'un'appendice del tumore che erasi interposta tra la pelle e la mucosa che la copre: alquanto tumida la regione della guancia sinistra e della tempia dello stesso lato: una grossa appendice del tumore, consumato il tramezzo orbito-nasale, era entrata nella narice sinistra che empieva giungendo fin alla sua apertura anteriore: con l' uncino incurvato nella punta, toccavasi in alcuni punti cariosa la parete esterna ed inferiore dell' orbita:

dolori quasi continui, lancinanti ed immani che dall' orbita si diffondevano al sopracciglio, ai denti ed a tutto il lato sinistro del capo: notti insonni: appetito perduto: sintomi di lenta angioitide, come vibrazione arteriosa pressochè generale, polso celere e metallico, palpitazioni ricorrenti di cuore, frequenti sospiri, cute secca, squamosa, calda, di colore lucido-cereo, volto subtumescente, febbre vespertina sovente con ingresso a freddo, sete morbosa, ecc.

Il male era gravissimo ed il pronostico molto dubbioso. Eppure riflettendo che nessuna delle tante funzioni cerebrali era lesa, m' è paruto che si dovesse escludere la coesistenza d' un fomite *entrocraneo* congenere a quello dell' orbita o d' altra natura, e riflettendo pure che il colore di paglia o lucido-cereo dell' ammalata era comparso dopo la soppressione della menstruazione, m' è altresì paruto che lo stato angioitico fosse da derivarsi, se non del tutto, in massima parte dall' amenorrea, anzichè dai raggi irritativi che dall' orbita convergevano su il centro della circolazione sanguigna.

Fatte queste considerazioni e visto che il sistema linfatico ghiandolare delle parti circostanti alla sede del male locale offrivasi illeso, era cosa naturale ch' io vagheggiassi l' idea d' estirpare il tumore entrorbitale mediante l' opportuna operazione. La quale, previa una preparazione d' alcuni giorni che consistette nel riposo, nell' uso delle sostanze mollitivo-torpenti esterne ed interne, nella dieta parca, ecc., fu per me eseguita ai 10 di novembre in presenza della Scuola, de' due valenti Dottori Luigi Gallo, Chirurgo Assistente e Cerise abitante in Parigi, non che di dieci altri Dottori in Medicina e Chirurgia.

Premessa la spaccatura dell' angolo esterno delle palpebre, levato via nel solito modo il tumore entrorbitale facendo trascorrere il gamautte bene rasente le pareti dell' orbita e ristagnata in massima parte l' emorragia, si riconobbero qui e qua cariose e fungose le pareti esterna ed inferiore dell' orbita; si riconobbe tutto compreso da degenerazione fungosa il periostio coprente la parete orbitale superiore; si riconobbe una larga

breccia nel tramezzo orbito-nasale che poteva capire tre diti riuniti ; si riconobbero guaste alcune cellule etmoidali ; si riconobbe in fine nel fondo dell' orbita voluminoso e tocco d' identica degenerazione fungosa il monconcino del nervo ottico, con la giunta che la ghiera ossea la quale lo assiepava , era cariosa e mobile , così che premendovi contro con il dito s'internava nel cranio. M' appigliai incontanente al partito di cauterizzare sì le pareti esterna ed inferiore dell' orbita e sì le cellule etmoidali alterate ed il contorno della breccia ossea orbito-nasale : per il che fu necessaria la successiva applicazione d' undici cauterii roventissimi. Ho altresì applicato un altro cauterio pur esso bene roventato e della forma d' un' oliva su il monconcino del nervo ottico e lo ho spinto nel foro ottico alla profondità di quattro linee circa, e ciò in una direzione alquanto obbliqua dall' alto al basso. L'ammalata, la quale sopportò con istraordinaria intrepidezza l' atto operativo, fu in questo momento scossa da un violentissimo dolore con forte ma passeggiera contrazione come tetanica. Rimaneva a porsi rimedio alla degenerazione fungosa del periostio coprente la parete superiore dell' orbita: a questo fine, fatta nel medesimo un' incisione arcuata e prolungata dall'una all'altra estremità dell' arcata orbitale superiore dove la lamina omonima dell' osso coronale comincia ad internarsi nell' orbita e presolo quindi con pinzette in un punto, si distaccò esso con la massima facilità, quasichè fosse soltanto applicato a quella parete ossea, la quale rimase perciò denudata in quasi tutta la sua estensione. Ho dopo ciò riunito con la sutura intorcigliata la ferita della commessura esterna delle palpebre, introdotto un soffice gomitolo di filaccica nell' orbita e coperto il tutto con una tela spalmata d'un blando unguento.

La riazione traumatica non fu grave quanto dovevasi temere, così che bastarono per domarla un salasso revellente dal piede praticato alcune ore dopo l' operazione, i fomenti ghiacciati su la parte operata continuati per tre giorni e la dieta rigorosa. Brevemente, per non ripetere luoghi comuni, dirò che l' ammalata ne guarì nello spazio di tre mesi dopo di cui escì dalla

Clinica ai 10 di marzo dell'anno 1839. Nel qual tempo occorsero i seguenti fatti: dal duodecimo al cinquantesimo giorno dall'operazione gl'ossi stati cauterizzati si sfogliarono e rimasero coperti da granulazioni carnose di buona natura, e svanirono per gradi la tumidezza della guancia sinistra e quella della tempia corrispondente. Il nervo ottico, stato cauterizzato insieme con la circostante ghiera ossea, si distaccò pur esso nel ventesimoprimo giorno ed il tutto insieme venne via in forma d'un grosso stoppacciolo, superstite un vano che dopo alcuni giorni fu altresì riempito di buone carni. Dopo il distaccamento d'alcune squamme ossee appartenenti alla parete inferiore dell'orbita, comparvero in questa due piccoli fori penetranti nell'antro d'Igmoro, i quali si richiusero da sè in breve tempo. Nel trentesimoquarto giorno si distaccò una buona parte della parete superiore dell'orbita e lasciò a nudo la dura madre la quale spinta dalla corrispondente porzione di cervello s'abbassò alquanto nell'orbita, manifestando distintissimo un movimento pulsatile, come occorre a coloro a cui manca un pezzo di cranio in altre sedi del capo. Questo movimento pulsatile durò quindici giorni: intanto tra per le carni che crebbero dalla superficie della dura madre e tra per quelle che s'alzarono dagl'altri punti dell'orbita, fu questa quasi del tutto turata, superstite un piccolo avvallamento imbutiforme nella sua entrata il quale fu in breve coperto da una buona e solida cicatrice, e superstite pure la breccia orbito-nasale, ma molto più ristretta e pur essa coperta di cicatrice.

Quasi dimenticava di dire che, esplorato il tumore entrorbitale, risultò composto ad un tempo d'una tessitura *fungosa*, *midollare*, *melanica* e *colloidea* cioè fungosa alla superficie, midollare nella parte inferiore, melanica nella parte media e colloidea in alcune sedi intermedie.

Quando l'ammalata rimpatriò non altro più le avanzava de'suoi mali passati fuorchè la sopra detta condizione angioitica, però assai assottigliata. Seppi di poi che sotto l'influenza dell'aria nativa riprese forze e carnagione e che le s'avviarono spontanei

i suoi menstrui con pronta cessazione di quella condizione angioitica. Venne così confermata la nostra opinione che questa condizione fosse in relazione con le sospese funzioni uterine anzichè con il male dell' orbita.

Rividi, è un mese, l' operata la quale m' assicurò lietissima che dal momento della sua uscita dalla Clinica, ormai un anno, non fu molestata più mai da alcun incomodo. La guarigione sarà essa permanente? Riflettendo alla riproduzione già succeduta del male e riflettendo soprattutto che fin qui vidi sempre riprodotti i tumori scirrosi e fungosi entrorbitali, stati per me estirpati, confesso non aver io fiducia ch' essa sia duratura. Non per questo l' operata ha bene donde essere grata all' arte benefica che la sottrasse da dolori feroci e da una morte imminente.

Frattanto la riproduzione del male con un' altra forma, la sua grande estensione, la sopraccitata ardita cauterizzazione bene tollerata, la scopertura della dura madre ed altrettali condizioni, m' hanno indotto a credere che questo caso fosse meglio farlo di pubblica ragione, anzichè lasciarlo per sempre sconosciuto nei miei scartafacci (estratto dal *Giornale delle Scienze Mediche*, anno 1841).

(Le notizie di quest' osservazione furono raccolte nell' anno 1834 dal Dottore Camusso e nel 1838 dal Dottore Stecchini (A).

(A) Godette cotest' operata prospera sanità fin all' anno 1849 in cui cominciò a comparir una durezza scirrosa nel lobo sinistro della ghiandola tiroidea ed in due ghiandole conglobate alla medesima contermine. La quale durezza era già nello spazio di sette mesi cresciuta a notevole mole quando la Aghermi si recò nuovamente alla Clinica su lo scorcio del sopra citato anno pel solo fine d' aver una norma di condotta circa la nuova emergenza. D' allora in poi non ebbi più alcuna notizia di lei, ma temo pur troppo che, a malgrado del largo uso dell' estratto di cicuta e delle preparazioni di iodio per me consigliato, la malattia abbia continuata a percorrere le sue tristi e bene note fasi. Ebbi, son alcuni anni, a curare un contadino su i 47 anni, di costituzione primitivamente robusta ma affralita da lunghi patimenti, il quale

era tocco d'un affezione avente con la sopra descritta molta analogia. S'incontrò pur in esso lui una degenerazione d'indole maligna dell'occhio sinistro, del tessuto celluloso entrorbitale, del nervo ottico fino dentro il suo forame, la carie della parete inferiore ed esterna dell'orbita, il distruggimento del tramezzo orbito-nasale, il passaggio di carni fungose dall'orbita nella narice sinistra e di più una congenere degenerazione delle palpebre; però il male non era susseeutivo alla recisione d'un tumore scirroso, non penetrava nell'antro d'Igmoro, nè contaminava il periostio della parete superiore dell'orbita, come accadde nell'ammalata della precedente osservazione. La guarigione ne fu conseguita con gli stessi mezzi cioè con la recisione e con la cauterizzazione. Il Dottore Pirondi figlio, distinto Italiano esercente con molta fama l'arte sanitaria in Marsiglia, il quale era presente all'atto operativo, reduce in Marsiglia, fece di questo caso menzione in una sua scrittura relativa agli Spedali di Torino.



SEI CASI

Di malattie guarite mercè dell' agopuntura *con alcune riflessioni intorno al modo d' operare ed all'utilità della medesima.*

Ebbe l' agopuntura la stessa sorte che toccò a tanti altri compensi terapeutici. S' alzò essa ne' tempi moderni ad un alto grado di fama, fece grande rumore e poi andò in dibassamento. Io non la ho troppo accarezzata nella sua prospera fortuna nè abbandonata nell' umile, ma da ormai cinque lustri v' ebbi ricorso con durevole costanza in molte malattie tra se disparatissime. Sarei increscevolmente lungo se volessi descrivere tutti gl' innumerevoli casi in cui la ho praticata. Mi limito perciò qui a toccarne soltanto alcuni dei più recenti di cui fu testimone tutta la Scuola, vieppiù perchè son essi com' un' immagine di quelli che taccio. Avendo però in animo di dire più innanzi del modo d' operare di cotesto compenso e dei casi in cui torna più utile, mi gioverò per ciò de' risultamenti dei casi tacciuti e dei casi narrati.

CASO I.°

Teresa Martinotti, su i 22 anni, di costituzione mediocre, di carattere mite, amorevole, timido, pendente al patetico, dotata di temperamento misto linfatico–sanguigno–nervoso con la pelle pallida, dilicata, sensibile, con forme avvenenti, con le ciglia e con le unghie molto lunghe ed incurvate, con la sclerotica di colore cileste, con lo sguardo languente, in somma disposta alla scrofola erettile, andò dai primi anni della vita sin al giorno d' oggi soggetta a due frequentissimi *atti della*

disposizione linfatica cioè ai pedignoni in tutte le stagioni invernali e ad un' irritazione lenta ma quasi continua, ora maggior ora minore, dello stomaco e degl' intestini, dove ha sede una parte cotanto operosa ed essenziale del sistema linfatico, e ciò con frequente accompagnatura di vermini, di tormini, di diarrea, ecc.

Al 7 anni sofferse ella dopo il vaiuolo che fu benigno, una ottalmitide d' indole pure scrofolosa la quale nel corso di sei mesi cessò da sè, illesi gl' occhi. Dai sette ai dodici anni godette una sanità piuttosto lodevole, ad eccettuazione de' citati pedignoni e della citata irritazione gastro-enterica la quale fu però assai mite. Si destò ai dodici anni spontanea quella tensione cardio-vasculare la quale suole per voto di natura precorrer e preparare la tensione vitale dell' utero ed è nunzia della pubertà e de' lunari benefizii : ma in quella costituzione così sensibile, dilicata ed infermiccia, sì fatta tensione, anzichè essere manifestata da indizii fisiologici, lo fu da patologici, ricorrenti quasi mensualmente cioè palpitazione di cuore, ansia di respiro, frequenti svolazzi sanguigni e calorosi al capo, cefalalgia, vertigini, più tardi subdoli dolori colici, ecc. La menstruazione comparsa ai 14 anni fu scarsa, dolorosa e non ammansì quell' orgasmo cardio-vasculare.

Passata ai 16 anni a marito sebbene infermiccia, ella ingravidò subito ed allora, pel nuovo centro d' estesa azione stabilitosi su l' utero, rimasero acquattati, ma non spenti i sintomi di morbosa *vascolarità*. Di fatto dopo il parto che fu laborioso e conseguitato da quasi nissun spurgamento lochiale e da pochissima secrezione di latte, insorsero tremendi sintomi d' irritazione cardio-cefalica, simulanti una febbre perniciosa cerebrale, i quali, non ostante un energico metodo antiflogistico (13 salassi), durarono quattro mesi, rimasta di poi l' ammalata nello stato di prima cioè con la menstruazione scarsa e dolorosa e con sintomi d' orgasmo cardio-vasculare.

In questo stato ringravidò 15 mesi dopo cioè verso il diciottesimo anno della sua vita. Nel tempo della gravidanza che fu

benigna, la condizione morbosa de' vasi scemò assai: il parto fu regolare, regolari i lochii e regolare la secrezione del latte: l' ammalata lattò la propria prole, ma poco stante vennero in iscena i notati molesti sintomi d' irritazione cardio-angioitica e più tardi cioè sette mesi appresso, assottigliata per l' allattamento la persona ed affralite le forze, molte ghiandole giugulari superficiali s' infiammarono e suppurarono. La suppurazione continuò anzi in una d' esse per lo spazio di due anni senza che tacessero i sintomi cardio-angioitici.

Divenuta di nuovo incinta ai 20 anni, rimasero come al solito ammorzati i sintomi irritativi del sistema vasculare: la gravidanza fu felice, il parto laboriosissimo, quasi nulla la secrezione de' lochii e quella del latte. Però verso il termine della gravidanza cominciò a lagnarsi d' un dolore al piede destro che rendevale molto crucciosa l' andatura. Il quale dolore crebbe dopo il parto a cento doppii e vi s' associò un tal poco di gonfiezza dello stesso piede ed una violenta riazione cardio-vasculare che fu uopo combattere con dieci salassi, con tre applicazioni di sanguisughe, con cataplasmi mollitivi, ecc. Mercè di questi mezzi cessò l' acutezza del male, ma perseveraron i sintomi di lenta cardio-angioitide che tanto l' aveano già contristata, oltre ai dolori così immani nel piede che fu costretta starsi immobile nel letto per lo spazio di dieci mesi. Finalmente dopo avere cotanto dolorato riparò ella nella Clinica operativa ai 24 di settembre 1838, presentando tuttora i seguenti sintomi e segni: impossibile il decubito su il lato sinistro: battiti del cuore estesi, forti: palpitazione frequente: ambascia di respiro: ricorrenti accensioni calorose e sanguigne al capo: cefalalgia quasi continua: polsi frequenti, ristretti, duri, frizzanti: cute calda, secca: agitazione, in ispecie verso la sera: notti insonni: escrezioni scarse: sete, disappetenza: ventre tumidetto: orina o rossa e scarsa, o limpida ed abbondante: alvo chiuso: menstruazione scarsa e dolorosa: piede dolente al più leggiero moversi, dolente al semplice toccamento con poco calore e rosseggiamento, con poca ed uniforme gonfiezza:

era sede de' dolori e della gonfiezza l' estremità esterna delle linee articolari tarso–metatarsea e calcaneo–cuboidea, di dove i dolori si protendevano alle volte su per la gamba, e la gonfiezza a quasi tutto il dorso del piede sin alla linea interna delle poc' anzi dette giunture che non oltrepassò mai: abbassando il piede d' alcune linee al di sotto del piano orizzontale, i dolori crescevano a dismisura. Era evidente che la causa dei patimenti risiedeva ne' nervi del piede: ciò indicavano l' estremo dolore senza che vi fossero caratteri anatomici di grave lesione nella parte ed il suo diffondersi rapido su per la gamba ed il cessare pure rapido di questa diffusione ed il forte insorgere del medesimo dolore solo che si pigiasse la pelle alzata in piega, nel quale atto rimanevano irritati i soli nervi cutanei. Era pure evidente che lo stato neuropatico del piede a cui aveva forse dato occasione una di quelle tante congestioni serose e sanguigne degl' arti addominali a cui soggiacciono le gravide, era, se non dipendente, in correlazione con lo stato del sistema vascolare, come l' erano stati prima il cervello e le ghiandole del collo. Era per ultimo evidente che, sebbene i legamenti delle citate giunture ed il tessuto celluloso del dorso del piede fosser un po' turgenti, siccome sogliono turgere le parti comprese in una sfera neuropatica, non erano però la sede idiopatica del male, per ciò che in tanto tempo non era succeduta, come doveva aspettarsi, alcuna lesione anatomica.

Stabilita la diagnosi d' irritazione cronica cardio–angioitica con neuropatia acuta del piede, si praticarono tre salassi, s' ebbe ricorso all' uso interno della digitale e del segale cornuto e si applicò su la località l' unguento mercuriale con il tridace. Con questa medicazione continuata per due mesi cioè dalla fine di settembre fin al termine di novembre s' ottenne una sensibile calma de' sintomi cardio-angioitici, interrotta una sola volta al ritorno de' menstrui sempre scarsi, da un risalto vasculare che si spense da se, ma non fuvvi alcun cangiamento nella località.

Verso la fine di novembre si dovette con due salassi spegnere una riaccensione vasculare per cagione del ritorno dei

menstrui ognora insufficienti. S'applicarono di poi le mignatte su la parte affetta e s'amministrarono preparazioni ferruginose internamente con nissun pro, anzi con danno. Quindi si ritornò all' uso della digitale e del segale cornuto da poco intralasciata e si supplì l' unguento mercuriale e il lattucario con l'unguento refrigerante mescolato con una buona dose d' estratto alcoolico di belladonna. E con questi mezzi continuati per due mesi cioè sin alla fine di gennaio (1839) s' ebbe come al solito una diminuzione della vascularità morbosa e non del male topico.

Verso la fine di gennaio nuovo ritorno de' menstrui sempre non bastevoli al bisogno, nuova erezione vasculare, nuovi salassi che furon in numero di due, nuova calma de' sintomi d' orgasmo vasale e non dei dolori del piede. Si continuò, anzi s' aumentò l' uso interno della digitale e del segale, ed in ordine ai rimedii topici si supplì l' estratto di belladonna con una pomata di tannato di piombo ed unguento rosato.

La stessa medicazione si continuò ne' mesi di febbraio e di marzo in cui, ad eccettuazione del solito risalto mensuale del sistema vasale che fu due volte domato con un salasso, nulla accadde di notevole. Su la fine di marzo s' applicò un bendaggio *espulsivo* al piede ammalato che riuscì incomportabile.

Nella prima metà d' aprile lo stato costituzionale erasi, mediante la continuazione della testè detta medicazione, avviato al miglioramento ed una lieve turbazione accaduta verso la metà di questo mese fu agevolmente sedata con un' applicazione di mignatte alle pudenda. La menstruazione che comparve alcuni giorni dopo fu alquanto più abbondante, ma il dolore del piede, avvegnachè un tantino meno fiero, era però sempre tale che l' ammalata non poteva neppur appoggiare il piede contro un corpo anche soffice.

Vista tanta contumacia del male, io ebbi ricorso verso la fine del testè detto mese all' agopuntura del piede malato fatta con aghi finissimi d' acciaio. Sette furono le operazioni d' agopuntura praticate in distanza di cinque a sei giorni l' una dall' altra. Ad ogni volta s' impiegavano da dieci a dodici aghi,

lasciati confitti nelle carni da prima un' ora, poi due, poi tre, poi quattro, poi insino cinque ore. Tanto funne il sollievo che dopo la prima applicazione l' ammalata fu in grado di reggersi su il piede neuropatico ed in principio di giugno cioè un mese o poco più dalla prima agopuntura fu in grado di passeggiare, svanita ogni traccia di dolore e di *vascularità* morbosa e resasi regolare ed abbondante la menstruazione ch' ebbe luogo su il finire del mese di maggio. In questo stato l' ammalata con le lagrime agl' occhi dalla contentezza prese da noi commiato su i primi giorni di giugno cioè dopo otto mesi di stanza nella Clinica e godette d' allora in poi sempre ottima sanità.

Non ho detto che in questo lungo corso di cura s' è talvolta provveduto alla stitichezza con clisteri o con blandi eccoprotici: non ho detto che si tentaron i bagni universali tiepidi : non ho detto che s' ebbe alcuna volta ricorso alle sostanze oppiate per uso esterno ed interno : non ho detto per ultimo che l'ammalata fu sempre intollerante degli stimoli sì esterni, sì interni. Tuttochè io abbia tacciute queste ed altrettali circostanze la presente storia è però forse di soverchio diffusa, ma m' è sembrato che per renderla profittevole mi corresse l' obbligo di farne conoscere i fatti più essenziali. Dal complesso de' soli fatti in essa contenuti discendono come spontanee le seguenti illazioni. Eravi nell' ammalata un nativo predominio linfatico che fu prima della pubertà cagione de' sopra detti atti locali. Eravi pur in germe un predominio del sistema sanguigno, il quale prese maggiore evoluzione approssimandosi la pubertà che è un efficacissimo modificatore eccitante spontaneo di quel sistema, come tutti sanno. In questo stato, anzi a cagione dello sbilancio de' poteri fisiologici, la menstruazione fu tarda e scarsa, e l' effetto della sua scarsezza fu di aumentar ancora quel predominio. Le gravidanze ristabilirono tanto o quanto l' equilibrio tra i citati poteri fisiologici, ma l' equilibrio non durò. Frattanto quel predominio del sistema vasculare rosso generò prima e dopo la pubertà, prima e dopo il matrimonio, quei tanti atti patologici che sono stati detti, non eccettuata la neuropatia del piede la

quale era evidentemente di natura iperstenica. Rendutasi per ultimo regolare la menstruazione rimase permanentemente composto l' equilibrio tra i poteri fisioligici (Osservazione stata compilata dal Dottore CESANO).

CASO II.°

Fu ricoverato nella Clinica operativa il contadino Giuseppe Vola di Cessano, d' anni 38, dotato di temperamento sangui-gno-bilioso, di forte costituzione e non stato mai bersagliato da alcune malattie di rilievo, nè da irritazioni dell' apparato genito-orinario.

Nella primavera dell' anno 1836 fu egli invaso dietro a cagioni reumatiche da subdola flogosi della vaginale sinistra e fors' anche del testicolo con violenti dolori consensuali ai lombi. Non combattuto, il male riescì dopo il corso di quindici giorni ad un' idrocele la quale diventò nello spazio di sei mesi voluminosissima e lo obbligò a riparare nella Clinica dove venne con pieno successo sottoposto all' operazione dell' incisione verso la fine del poc' anzi detto anno.

Di ritorno in patria manifestossi l' idrocele dal lato destro, preceduta pur essa da subdola flogosi del testicolo e della vaginale con gagliardi dolori lombari. Questa idrocele crebbe in sei mesi a così gran volume che l' ammalato riparò per la seconda volta nella Clinica ai 2 d' agosto 1839, dove fu operato con pronto e prospero successo mediante l' iniezione di tintura alcóolica di jodio. L' acqua estratta pesava quarant' oncie circa.

Verso la fine della cura quando, succeduta già la coaderenza della vaginale e del testicolo, quest' organo era quasi ritornato al suo stato naturale, occorse una violenta neuralgia sacro-lombare la quale rimase raggravata dalle sostanze calorose applicate su la sede dell' affezione e cedette come per incantesimo ad una sola operazione d' agopuntura della durata di tre ore, stata in mia assenza praticata nel terzo giorno dall' origine del

dolore, dal valente Dottore Luigi Gallo, Chirurgo Assistente della Clinica (Storia stata compilata dal Dottore Stecchini).

CASO III.°

Nell' estate prossimamente trascorsa mi venne fatto di cancellare nel corso d' un mese e mezzo con l' agopuntura una gravissima neuropatia, e ciò di saputa, anzi di veduta di molti miei Allievi e del Chiarissimo mio collega ed amico il Professore Girola. Il caso è questo. La madamigella N. su i 20 anni di carattere gentile, costumato ed allegro, ma di cuore pavido, sortì dalla natura una mediocre costituzione ed un temperamento squisitamente nervoso-sanguigno il quale dovea riescire a frequenti atti di morbosa erezione nervosa, come in fatto riuscì; il che si dirà tra poco. Ai 14 anni le comparvero i menstrui i quali furono d' allora in poi regolari e piuttosto abbondanti. Visse sanissima sin ai 17 anni. Le si manifestò a quest' epoca per la morte inaspettata del suo padre un singhiozzo tormentoso e quasi continuo che durò dieci giorni: l' asa fetida l' esacerbò: il ghiaccio e le bevande ghiacciate l' ammansirono: un salasso dal piede e poi le mignatte alla regione epigastrica lo guarirono. Passò quindi due anni in istato di piena sanità.

Nel diciannovesimo anno di sua vita cioè nel mese di luglio 1839 ebbe il suo cuore a soffrire una violentissima commozione per la morte della sua madre. Pochi giorni appresso fu assalita da una febbre terzana con singhiozzo violento e pressochè continuo. Dopo trascorsi alcuni giorni le furono praticati due salassi dai piedi, i quali a nulla avendo giovato, si praticò un terzo dal braccio destro. La febbre poi ed il singhiozzo cessaron affatto nello spazio di venti giorni con l' uso interno della china.

Frattanto accadde che, non appena fatta l' incisione del terzo salasso, il braccio si piegò automaticamente e poi cadde come corpo morto e fu compreso da un continuo tremore: nel tempo stesso si manifestò un fierissimo incomportabile dolore che movendo dal luogo dell' incisione si diffondeva a tutto l' arto, mas-

simamente ai diti e fra questi più specialmente al dito medio. Provati in vano più mezzi contro di quel dolore e di quel tremore, in fine s' ottenne per una ventina di giorni, cioè sin alla cessazione del singhiozzo e della febbre, un sollievo passeggiero mediante un' assicella con cui si puntellò l' antibraccio. Se non che cessata dopo quei venti giorni la febbre ed alzatasi l' ammalata dal letto, quel puntello divenne pur esso inutile. Da quel momento il dolore, ritroso alle unzioni di alcool, ritroso alle applicazioni di pomata di belladonna, ritroso all' uso topico dell' olio d' uliva, soli rimedì a cui siasi avuto ricorso, imperversò ognora più per lo spazio di dieci mesi e mezzo cioè sino alla fine di giugno, in cui io vidi per la prima volta l' ammalata. Il suo stato e la natura de' suoi atroci tormenti eran i seguenti: un po' smarrito l' appetito ed alquanto alterata la digestione in forza del lungo e fiero dolore: illese tutte le altre funzioni dell' economia, compresa la menstruazione. Toccavasi nel luogo della cicatrice prodotta dal mentovato salasso un nodo piccolo, quasi impercettibile, certamente non causa unica nè precipua della neuropatia. Continuo, il dolore era ora più ora meno violento: meno violento nella calma del corpo e ne' tempi di pochi cangiamenti cosmico-tellurici, ed all' opposto: del meno violento la sede principale era il nervo mediano dalla piegatura del gomito ai diti ed il carattere era quello di crampo, di intormentimento, alle volte di profonda rosicatura. Il violento all' incontro avea il carattere di lancinamento, di scottatura, di lacerazione, ridestava in minore grado il sopra detto tremore da gran tempo cessato e comprendeva nella sua azione tutti i nervi del braccio, non eccettuati quelli della cute e ben sovente anche, oltrepassando il braccio, era cagione che cessassero momentaneamente gl' uffizi del cuore e de' polmoni con senso di deliquio e di soffocazione, preceduto da indicibile stringimento di petto: per produrre questi effetti bastava che si piegasse o s' estendesse con un po' di prestezza l' antibraccio: bastava che si piegassero tutti i diti insieme: bastava che si pigiasse, nè anco con forza, il dito medio: bastava che si premesse leggiermente la

cicatricula del gomito: bastava che con la mano si facesse una blandisima fregagione su la pelle del braccio, in ispecie su quella dell' interno lato dell' antibraccio o che si solleticasse quella pelle con un corpo lanuginoso, sfilacciato : bastava che il corpo dell' ammalata appoggiasse inavvertentemente su la parte affetta : bastava talvolta insin il peso de' panni in cui era rinvoltato il braccio. Per dire breve, in tutte queste ed altrettali congiunture avveniva che il dolore nato nella cicatricula o ne' diti si diffondesse con la celerità del lampo da questi a quella od all'opposto, e poi per tutto il braccio, ne' dintorni della giuntura scapulo-omerale, al lato destro del petto ed in fine entro il medesimo petto riscuotendo ad ogni volta un compassionevole gemito. Per procurare ogni possibile acconcio all' arto affetto di cui ogni moto, ogni pressione era sorgente di dolore, l' ammalata avea bel bello adattato il suo corpo ad un' atteggiatura così sconcia che camminando parea sciancata della persona, molto depressa era la spalla dal lato affetto e la spina dorsale fu a due diti da una *scoliosi*.

Quale fu di tanti e sì dolorosi guai la cagione? L'incisione d' un nervuzzo nell' atto di pungere la vena ne fu certamente la causa determinatrice : ciò s' inferisce dalla subitanea comparsa del dolore non appena praticata l' incisione. Ma se si riflette alla squisitissima organizzazione e vita del sistema nervoso dell' ammalata, debbesi convenire che una concreata *disposizione* all' erezione nervosa abbia avuta una grande parte come causa preparatrice a generare ed a mantenere quell' atto patologico nervoso : succedette qui in ordine al sistema nervoso quello che suol avvenire nelle persone aventi una *disposizione linfatica*, in cui un lieve urto è susseguito da un' ulcera strumosa.

Avvegnachè dallo stato morboso presente e passato messo in confronto con l' età e con il temperamento dell' ammalata, non che con le cause preparatrici e generatrici del male, con il suo andamento, ecc., io avessi una quasi anticipata certezza che *erettile* e non *atonica* fosse l' indole di cotesta neuropatia, non perciò a fine d' acquistarne la certezza assoluta, ho esplorati-

vamente adoperato rimedi esterni ed interni della classe dei nervini eccitanti ed in seguito la belladonna ed il giusquiamo internamente e l'acido prussico su la parte affetta, e vidi in modo non dubbioso esserne risultato danno da' primi ed una calma relativa dai secondi.

Fatto questo sperimento, io ebbi ricorso all' agopuntura con aghi finissimi su il braccio, specialmente lunghesso il corso del nervo mediano. Le operazioni state praticate nello spazio di due mesi circa furono dodici. Non s' impiegarono mai più di venti aghi e non mai meno di dodici, e si lasciaron in azione da due ore e mezzo a quattr' ore. Nel citato spazio di tempo s'ottenne la cessazione totale della neuralgia, superstite solamente una leggierissima inerzia nell' arto affetto.

Coloro che non hanno assistito a cotesta cura non potranno mai farsi un' idea della prontezza con cui l' agopuntura migliorò e poi guarì il male. Basti il dire che nello stesso giorno della prima operazione l' ammalata cominciò a mover il braccio con poco dolore: basti il dire che prima fisso, il dolore trapassò dopo l'agopuntura da una all' altra parte del braccio senza fermarsi mai più su le sedi state *agopunte*, sì che sempre inseguito da nuove operazioni esso per ultimo le disertò tutte: basti il dire che dopo la sesta operazione era svanito ogni dolore *ad sensum* e che allora solamente un poco si ridestava quando si premeva con qualche forza il nervo mediano od alcuno de'suoi principali rami: basti per ultimo il dire che dopo la decima operazione l' ammalata fu in grado di servirsi del braccio per alcuni donneschi lavori.

CASO IV.°

Il contadino Michele Marchesotti, d'anni 63, dotato di temperamento squisitamente sanguigno, di robusta costituzione, di carattere buono, schietto, onesto, fu ricoverato nella Clinica operativa ai 17 di gennaio del volgente anno per cagione d'una voluminosa idrocele destra. Avea egli sortito dalla natura, insieme

con un vistoso abito apopletico, una sensibilità esagerata delle vie orinarie (non potrebbe anche chiamarsi abito?) per cui l'uffizio dell'orinare fu sempre per esso lui dolorosetto ed ora sollecito, ora stentato. Su i 47 anni ebb'a soffrir una diarrea ostinata, stata preceduta da dissenteria, la quale a capo di quattro mesi guarì più per benefizio di natura che non per opera dell' arte. Su i 49 anni cominciò a manifestarsi l' idrocele, preceduta per lo spazio di dieci giorni da intensi dolori nel testicolo destro, negl'inguini e nella regione lombare e conseguitata dalla comparsa di numerose varici negl' arti addominali, specialmente nel destro. Su i 59 anni soggiacque ad una flogosi dell' estremità superiore dell' asse cerebro-spinale con vertigini e tendenza al sopore, e con dolori spasmodici degl'arti toracici e più tardi con intormentimento de' medesimi, da cui risanò la mercè d' un energico metodo antiflogistico e poi d'un setone alla nuca. Un anno prima della sua entrata nella Clinica, essendo già l' idrocele pel suo volume cagione di tormento ai nervi simpatizzanti con quelli del testicolo, fu egli assalito da dolore lombare e sciatico dal lato destro, il quale aveva offerte varie fasi d' incremento e di decremento, ma non era mai più scomparso. Nella Clinica si curò l' idrocele con l' iniezione di tintura di iodio e s' ottenne la sua guarigione in meno di venticinque giorni, e ciò con una moderata riazione locale e quasi nissuna costituzionale.

Nel corso però della riazione topica, tuttochè poca, il dolore lombo-sciatico s' inacerbì, rendendo l'arto offeso impaziente degli stimoli. Se è cosa possibile, tornando un passo addietro, che cotesto dolore non avesse alcuna relazione con il testicolo affetto, l' opinione contraria parrà però più probabile a chi rifletterà ch' esso si manifestò nel lato destro corrispondente all' idrocele; che si manifestò quando l' idrocele divenne voluminosa e dolorosa e che fu raggravato allorchè il testicolo compreso dopo l' operazione da flogosi traumatica diffondeva lungi i suoi raggi irritativi. Tant' è : questo dolore cedette nel breve spazio di 12 giorni a quattr' operazioni d' agopuntura per noi praticate, di cui ciascheduna fu di 20 aghi e della durata di tre a quattr' ore (Storia compilata dal Dottore Carlo Vigo).

Se i limiti di questo Giornale me lo permettessero io potrei citare altri casi di sciatiche per me guarite con l' agopuntura. Mi sovverrà sempre d' un caso di sciatica, noto al mio buon amico il Dottore Tessier, in cui l' ammalato al quale io aveva due volte praticato l' agopuntura, si guarì da sè in mia assenza con essersi ripetuta dodici volte la stessa operazione.

CASO V.º

Maddalena Vauteri, d' anni 40, fornita dalla natura d' un temperamento in alto grado sanguigno, di lodevole costituzione, d' abito vistosamente apopletico, d' indole buona, semplice, gaia, fu ricoverata nella Clinica operativa ai 10 di gennaio del corrente anno. Le menstruazioni che in grazia del suo temperamento avrebbero dovuto spuntare a buonissima ora, non comparvero che ai 18 anni. Questo ritardo non passò impunito, giacchè dagl' anni quattordici ai diciotto ebb' ella a soffrire in un modo ricorrente molti sintomi di *tensione* cardio-vasale, come dolori uterini, palpitazioni, ansie di respiro, gagliarde vibrazioni precordiali e carotidee, pesantezza di capo, susurro nelle orecchie, ecc. Il che tutto si dileguò al comparire de' lunari tributi. Fu sana fin ai trentasei anni e mezzo. In questo tempo il sistema sanguigno di lei, per natura esuberante di vita e di materiali nutritivi, passò, o per l' appressarsi il termine del mensuale benefizio o pel concorso d' abbassamenti termometrici o per ambo queste cause, ad atti morbosi su l' asse cerebro-spinale. Il primo atto fu una grave cefalalgia febbrile, non accompagnata da alcuna turbazione delle facoltà intellettuali, instintive, affettive, nè locomotrici, la quale a malgrado di sette salassi durò continua e veemente per un mese e poi mite pel corso d'un anno e ricorrente solamente nel tempo della menstruazione. Non tosto svanita la cefalalgia, occorse una violenta e contumace odontalgia senza flogosi nè guasto organico in bocca, di cui i ricorrenti risalti non poterono mai essere domati da nissun altro mezzo fuorchè dal salasso. Non appena svanita l' odontalgia, venne

in campo un cupo dolore lombare che incurato riescì a capo di due anni ad una avanzata paralisi degl' arti addominali, e ciò in mezzo alle seguenti vicende e manifestazioni morbose: spasmo ricorrente delle pareti del ventre, in cui queste s'accostavano alla colonna vertebrale: frequenti moti involontarii con senso ora di pressione e di stringimento circolare in varie sedi degl' arti addominali, ora di trafitture, di formicolamento, d' uno scorrere d' acqua fredda, di calore urente, ecc. per cui l' ammalata sovente vi portava per istinto la mano come per allontanarne la cagione: dolori ne' movimenti di flessione e d'estensione: dolori acuti pigiando la regione lombo-dorsale ed in genere tutte le sedi in cui trascorre il nervo sciatico con le sue principali diramazioni: a questi sintomi tennero dietro l' intormentimento, per cui l' ammalata pigiavasi gl' arti lesi senza provarne disagio, la difficoltà de' movimenti, l' inerzia della *defecazione* e dell'espulsione dell' orina ed in fine un grado di paralisi così avanzato che l' inferma non poteva più stare da sè in piedi nemmeno un minuto secondo, nè poteva senz' aiuto passare da una ad un' altra sedia, benchè collocata a pochissima distanza. Tutte le altre funzioni eran illese. Così fatto e non punto esagerato era il suo caso quando riparò nella Clinica operativa.

Dietro a tutte le circostanze fin qui narrate e dietro altresì al danno che l' ammalata avea sempre rilevato dai soli mezzi ch' ella aveva adoperati, i quali erano della classe degl' eccitanti, come lavande di vino, applicazioni d'empiastri balsamici, rozze fregagioni con sostanze lanuginose, ecc. era ella cosa possibile sbagliare la diagnosi? era ella cosa possibile di non conoscere che il male consisteva in una lenta infiammazione dell' estremità inferiore della midolla spinale e de'principali rami nervosi che ne partono? Ciò posto e temperato per lo spazio di venti giorni il male con il riposo, con la dieta minorativa, con frequenti clisteri mollitivi, con bibite rinfrescative, con unzioni oliose e torpenti su le sedi malate, si praticò l' agopuntura. Le operazioni furon in numero d' otto e ciaschedupa di venti

aghi circa e della durata, termine medio, di tre ore: la sede delle operazioni fu la regione lombo-dorsale ed il tragitto della metà superiore dei nervi sciatici. Fu a me ed a tutta la Scuola una gratissima sorpresa l'aver osservato come dopo le due prime agopunture sian affatto svaniti i dolori *ad sensum*, superstiti quelli *ad tactum*: come dopo la settima operazione sian altresì scomparsi i dolori *ad tactum*: come siasi per ultimo prontamente ristabilita la funzione della vescica orinaria. Il vero è in somma che 25 giorni dopo la prima operazione l'ammalata potè disertare da sè il letto e passeggiare senz'appoggio nelle corsie dello spedale per due buone ore. Se non che, cessati i sintomi di lesa innervazione del morboso fattore nervoso, sopravanzavan ancor alcuni indizi di lesione nelle funzioni più immediatamente soggette alla circolazione capillare od al fattore sanguigno: p. es. la parte affetta continuava ad essere alquanto più calda, più secca, più turgente che nello stato naturale ed era sede d'un senso d'uggia e di pienezza. Avvegnachè questi sintomi io gl'abbia di poi veduti solitamente scomparire da sè, tuttavia la loro continuazione dopo cessata la lesione dell'innervazione, del senso, del moto, palesa in un modo non dubbio come l'agopuntura operi di preferenza su il fattore nervoso.

Ritornando al mio proposito dico che l'ammalata fuori di sè dalla contentezza perchè erano cessati i dolori e ritornati i movimenti volle prendere da noi congedo, e ciò non ostante ch'io le avessi manifestato il desiderio che s'intrattenesse ancora per qualche tempo nella Clinica ad oggetto di consolidare la guarigione (Storia compilata dal Signore Merlati, Dottore in medicina ed Allievo del quint'anno di Chirurgia).

CASO VI.°

Nell'autunno del p. p. anno ebbi occasione di vedere insieme con il mio Chiarissimo Collega il Professore Carmagnola il Signore C. su i 55 anni, di temperamento sanguigno-epatico e

di carattere buono, arrendevole, docile ai consigli dell'arte, il quale travagliava del male che dirò di qui a poco.

Il Signore C. soggiacque nell' infanzia ad alcune eruzioni crostose del capo ; nel quattordicesimo anno di sua vita ad una artritide da causa reumatica e più tardi ad alcune affezioni celtiche locali di genere ulcerativo. Visse di poi sano sin ai 37 anni in cui, dopo un grave sbigottimento, fu assalito da accessi epilettiformi i quali con il progresso del tempo e mercè di due cure mercuriali rimasero più miti e meno frequenti, ma non annullati. Gli stimoli insoliti, le gravi commozioni d'animo e di corpo, le insolite vicissitudini cosmico-telluriche gli rendevano più violenti e più frequenti, e l' opposto succedeva in opposte condizioni. Un sanguisugio fatto in tempo utile d' ordinario li preveniva. Li preveniva pure sovente un blando purgante.

Nel mese di gennaio 1839 fu egli assalito da una grave e minacciosa bronco-angioitide la quale per ben quattro volte si riacerbò vicina al suo spegnersi ed addomandò per essere del tutto domata quattro mesi di cura ed il numero di 24 salassi tra generali e locali, oltre a tanti altri compensi antiflogistici negativi. Nella terza ricaduta del male che ebbe luogo in principio di marzo del nominato anno vi s'associò un' intensa lombagine la quale, non che essere scemata dopo i salassi stati praticati per sedare quella ricaduta ed un'altra successiva, sembrò anzi avere preso maggior incremento. Liberato nel mese di maggio dalla malattia principale, il Signore C. s' industriò di sedare la lombagine con sottoporsi all' uso di mezzi sudorifici avvicendati con blandi purganti, ad unzioni topiche con olio di giusquiamo e con linimento volatile, all'applicazione dell'empiastro di Norimberga, stato preceduto da un sanguisugio su la sede del dolore, ecc. Ma tutto fu vano. Di cotesti mezzi alcuni furono inutili ed anche dannosi, come il linimento volatile e l' empiastro di Norimberga. Si risolse egli allora d' andare a respirare l' aria libera della campagna, ma cotesto provvedimento essendo anche rimasto infruttuoso, rientrò egli dopo due mesi di villeggiatura in città su il principio del mese di settembre. Chiamato

in questo tempo a vederlo per la prima volta, io ho in esso lui incontrato lo stato che siegue, il quale era pressappoco la vera espressione presente de' patimenti ch' egli aveva sempre sofferto dopo l' origine della lombagine : impossibile il reggersi in piedi ed il camminare : dolorosissimo ed alle volte altresì impossibile il solo voltarsi nel letto : feroci dolori *ad sensum* ed *ad tactum* in tutta la regione lombare, in ispecie negli spazi *interspinosi*, non che in ogni parte delle natiche, massimamente in corrispondenza dell' origine de' nervi sciatici: sensazione di calore in tutte quelle regioni : febbre e sete smoderata. Calmata con un salasso generale e con un sanguisugio ai vasi emorroidali la febbre e la sete ma non i dolori, s'ebbe ricorso all' agopuntura. Dieci ne furono le operazioni di cui ciascheduna di 18 a 20 aghi e della durata di due ore a due ore e mezzo. A scanso d' inutili ripetizioni dirò che ovunque si conficcavano gl' aghi il dolore cessava quasi immediatamente, nè più vi ritornava : così che dopo la terza operazione non v' era quasi più ombra di dolore *ad sensum* e dopo la decima era eziandio svanito quasi affatto ogni dolore *ad tactum*, e l' ammalato lietissimo fu in grado d'alzarsi dal letto e di passeggiare. Occorse però anche qui ciò che osservai le moltissime volte cioè che, cessati per l' agopuntura i fenomeni di morbosa innervazione, continuaron ancora per qualche tempo svanendo per gradi alcuni fenomeni di lesa circolazione capillare sanguigna della parte affetta, come asciugaggine con un poco di calore e di turgenza de' tessuti, senso d' uggia, d' ammaccatura, di pienezza. Espostosi dopo un mese dall' ottenuta guarigione a rapide vicissitudini atmosferiche, il Signore C. fu compreso da una grave sinoca reumatica e nel corso di questa ricomparve la lombagine, ma meno fiera di prima. Tre salassi praticati per suggerimento del sopra citato mio Collega sanarono la morbosa commozione del sistema vasculare rosso, ma non cessarono la lombagine. La quale fu al pari di prima docile all' agopuntura, così che dopo la terza operazione scomparve e d'allora in poi, ormai sette mesi, non ritornò più mai.

Il Signore C. riprese ben presto la sua pristina carnagione e forza. Egli afferma anzi che gode una sanità migliore di prima e quello che è da avvertire, e da avvertire singolarmente, è che dopo le operazioni d' agopuntura non fu egli mai più soggetto agl' abituali insulti epilettiformi.

ALCUNE RIFLESSIONI

Quantunque men amante delle teorie che de' fatti, sono però persuaso che nissuna legge, nissun principio generale può discendere dai fatti sterili o considerati con empirica intuizione e vedovati del valore che loro impartiscono i lumi della logica. Ed è per ciò ch' io tolgo a far alcune riflessioni intorno ai casi fin qui narrati ed a tanti altri congeneri o disparati occorsi nella mia pratica e da me, per non fare le letanie, passati sotto silenzio.

Leggesi ne' Codici dell' arte che l' agopuntura fu adoperata in malattie tra se disparatissime per indole : quindi s' affaccia questa prima quistione :

Qual è il genio dinamico de' mali contro di cui più vale l' agopuntura? Nella descrizione de' casi per me sopra fatta, io ho avuto cura di notare che que'mali erano tutti di *genio erettile* od iperstenico ; erano tutti di così fatto genio che ritraevano incremento dagli stimoli e scemavano con i debilitanti. A questa stessa verità m' hanno condotto tanti altri fatti occorsimi in una lunga pratica. Soggiungo poi qui per legittimo contrapposto che vidi più volte epigastralgie, rachialgie, uretro-cistalgie, amaurosi incompiute, paraplegie, ecc. dipendenti da atonia, da anemia, da principiante atrofia cedere o scemare per l'uso del vitto nutritivo e per quello delle sostanze eccitanti, dopo che era tornata vana l' agopuntura. Soggiungo altresì che in molti casi di paralisie parziali in cui l' agopuntura in un con altri mezzi iposlenizzanti tornò infruttuosa, ebbesi, secondo che riferiscon alcuni Pratici Italiani e Francesi, utilmente ricorso all' elettro-agopuntura di Sarlandière, di cui il modo d'operare

è opposto a quello dell' agopuntura. Soggiungo per ultimo che Aumont vide dannosa l' agopuntura in una colica che fu poi frenata con gl' antispasmodici eccitanti. Lascio quindi su di ciò la conclusione al Lettore dotato d' una giusta stimativa delle cose e non istò a dirne altro.

Leggesi pure nella Storia dell' arte che l' agopuntura venne adoperata contro varie forme morbose, ma non in tutti i casi con uguale successo : offresi perciò subito questa seconda quistione :

Quali sono le forme morbose che la sperienza dimostrò essere più arrendevoli all' agopuntura ? I Chinesi ed i Giapponesi presso di cui l' agopuntura ebbe la sua culla, ricorrono a questo mezzo quasi ne' soli casi in cui trattasi d' assottigliare o di vincere affezioni dolorose, non eccettuati i dolori colici. In Europa dove la fecero conoscere nel principio del passato secolo Kaempfer e Ten-Rhyne, e più tardi Dujardin e Vicq-d'Azir le prime applicazioni dell' agopuntura ragguardarono altresì alle neuralgie od ai dolori così detti nervosi, ma poi s' estese la sua pratica ai dolori compagni di flogosi ed anche di lesioni strumentali od organiche, alle affezioni reumatiche e convulsive, alle paralisie, alle ottalmie, alle amaurosi, ecc. A chi non è noto l' utile partito che seppero trarre dall' agopuntura Portal in due casi di midriasi con cecità : Pipelet in un caso di straordinarie e croniche convulsioni : Pajet ed altri in alcuni casi di paralisie parziali : Finch e Grawich nel trismo : Cloquet in alcune ottalmie croniche e nelle dolorose affezioni compagne delle lesioni organiche del cuore e de' grossi vasi, affondando in quest' ultimo caso gl' aghi sino nel torace e negl' ipocondrii: Bozzetti in una timpanitide, in un' idrorachia, nell' ascite e nell' anasarca : alcuni altri Pratici negli accessi gottosi ? A chi non è noto che Berlioz aveva già proclamata l' utilità dell'agopuntura del cuore contro l' asfissia ; che Carrano confermò con appositi sperimenti fatti sopra animali le vedute di Berlioz; che molti Pratici videro innocente quell' ardita agopuntura e che Meyran la praticò una volta con felice successo contro un reumatismo del cuore ?

Avendola io praticata, se non in tutte, in molte delle testè dette malattie ed in altre eziandio non state nominate, n' ebbi in genere i seguenti risultamenti. Fu dessa giovevole nelle neuralgie o nei così detti *dolori nervosi* di genio erettile, ma scompagnati da flogosi. Son anzi questi i casi in cui l'agopuntura fa proprio solenne pompa di sè; in cui i suoi salutiferi effetti son altrettanto pronti quanto duraturi. Prova fra tante altre che potrei addurre ne sia il sopra citato caso III il quale quadra appuntino, se nissuno mai, a questo scopo.

Fu giovevole nelle affezioni dolorose compagne di flogosi, non ancora passata ad esiti organici: ma in questi casi il giovamento fu con molte gradazioni cioè minore, meno pronto e facile a perdersi, finchè l' elemento vasculare era rigoglioso ed accompagnato da commozione febbrile, e maggiore, più rapido e duraturo ne' casi opposti. Non taccio anzi averla io d'ordinario osservata inutile ed in due casi peggio che inutile quando ad una forte flogosi locale associavasi una viva commozione febbrile: così che mette ben in consimili frangenti il sedare tanto o quanto cotesti elementi prima d' avervi ricorso. Occorse nei dolori socii della flogosi un fatto di cui offrirono un esempio i casi V e VI, il quale ha sempre più di tutto fermato la mia attenzione e fu il vedere come l' agopuntura scomponesse starei per dire gl' elementi flogistici, cessando l'*elemento doloroso*, superstite ancora per qualche tempo ma insensibilmente decrescente il *vasculare*, manifesto per una sensazione d' uggia, di pienezza, di calore, d'aridezza, ecc. nella parte stata agopunta.

Fu giovevole in molte maniere di spasmi clonici ed altresì in un trismo da causa traumatica, ma il giovamento fu, in quest' ultimo caso, parziale, fu passeggiero e consistette in ciò che con l' agopuntura delle regioni masseterine il trismo cessò per alcune ore, poi ritornò e fece passo al tetano.

Fu pure alle volte giovevole contro i dolori compagni d'affezioni strumentali (1). Più: la vidi in alcune poche circostanze

(1) *Non m' è mai uscito dalla memoria il caso d' un' infelice Signora da lunga mano travagliata da una terribile neuralgia del paio*

ammorzare insino gli stessi dolori generati dagl' accessi gottosi, non che dalle malattie cancerose. Ma in tutti questi casi il sollievo fu, com' io m' aspetteva, fuggevolissimo. Questo almeno per solito.

In quanto poi alle malattie non dolorose, come le paralisie parziali, l' anasarca, l' idrocele e simili, io debbo confessare che poca ne ritrassi utilità nella mia pratica, oltrechè questo poco d' utile fu ne' casi d' idrocele e d' anasarca men ancora l' effetto della sua dinamica azione che è quella ch' io tengo più particolarmente di mira in queste pagine, che della sua azione idraulica.

Leggesi eziandio negl' Annali dell' arte che i Pratici non sono ancora caduti d' accordo su la profondità a cui debbano spingersi gl' aghi : ne viene perciò quest' altra quistione :

Nell' agopuntura è ella cosa utile, è ella cosa innocente lo spingere gl' aghi a qualunque profondità ed a traverso di qualunque tessuto? Stando all' avviso di Beclard, indefesso propagatore dell' agopuntura, di Meyran, di Bretonneau e d'alcuni altri che agevole fanno ogni cosa, gl' aghi posson essere impunemente spinti a qualunque profondità e dentro tutte le cavità e tutti i tessuti più nobili, cuore, midolla spinale, grosse arterie, ventricolo, polmoni, nervi ragguardevoli, ecc. Con tutto ciò molti Pratici di gran senno consigliano d' impiantarli e di dirigerli in modo che s' eviti la perforazione di quelle nobili parti, ed io m' aderisco a questo consiglio per le seguenti ragioni. Poss' io credere alla decantata impunità di quelle avventate agopunture mentre leggo il caso riferito da Aumont d' una persona travagliante di colica, in cui gl' aghi spinti entro la cavità dell' addomine destarono da prima una sincope che poco mancò non fosse fatale e poi una gravissima infiammazione : mentre

vago destro, dipendente da incorreggibile vizio organico (tubercoli di sostanza lardacea) del medesimo, come si rilevò dalla necropsia, la quale ritraeva sempre dall' agopuntura e non da alcun altro mezzo, una calma passeggiera al suo soffrire insoffribile.

leggo che Beclard egli stesso (si noti Beclard) parla d' un ammalato in cui l' agopuntura profonda destò una grave sincope ; d' un altro in cui provocò la sincope , poi un delirio furioso , poi la stupidità per alcuni giorni , poi una forte e contumacissima flogosi nella gamba agopunta, così ch'egli ebbe per gran mercè l' avere con molta pena campata la morte : mentre leggo che i fautori dell' agopuntura *avventata* fanno frequente menzione della sincope come conseguenza di cotest' operazione : mentre leggo che Segalas osservò una neuralgia facciale essere stata la sequela d' una profonda agopuntura diretta a vincere la paralisia d' alcuni muscoli del volto ? Poss' io non aderirmi al consiglio delle agopunture fatte con circospezione se penso che in un numero pressochè innumerevole di così fatte operazioni per me praticate non vidi una sola volta esserne nata una qualche lamentevole sequela ? Per un' altra parte l' azione medicatrice delle agopunture *avventate* è dessa maggiore ? È egli vero che esse siano molto più efficaci se gl' aghi son impiantati in così fatto luogo , profondità e direzione che incontrino molti nervi , com' alcuni hanno creduto , fra cui in ispecie il Pelletan , uno de' campioni dell' agopuntura ? Io debbo mal mio grado ciò negare se consulto gli scartafacci in cui ho consegnati i risultamenti della mia pratica : di fatto io vi leggo registrate molte guarigioni d' affezioni viscerali , specialmente nervose , tuttochè io mi sia industriato d' evitare la lesione de' grossi nervi e le agopunture *avventate*.

Leggesi ancora che molto divergenti furon e sono tuttavia le opinioni degl' Autori nello spiegare l' azione dell' agopuntura : offresi quindi quest' altra quistione :

Qual è il modo d' operare dell' agopuntura? Su di ciò le principali opinioni degl' Autori posson in digrosso ridursi alle due seguenti : second' alcuni, specialmente Baglivi , Vicq-d'Azir, Meyran , Broussais , essa opera alla foggia de' vescicanti , della moxa , dei rottorii cioè contrirritando e revellendo , mentre che second' altri sottrae essa alle parti ammalate un fluido imponderabile.

Parteggiando io da lungo tempo per quest' ultima opinione mi faccio subito a dire le ragioni appoggiate ai fatti, all'analogia ed all' induzione, le quali escludendo la prima opinione m' inducono a stare fermo nel mio pensiero.

1.° È stato osservato da tutti i Pratici ed ho sempre osservato io pure che gl' aghi d' acciaio stati impiantati ne'tessuti assumon un colore ceruleo, come quando sono sottoposti ad una corrente elettrica d' un elettromotore comune.

2.° Osservò Cloquet ed io ebbi pur in alcuni casi occasione di confermare la sua osservazione, che toccando l' estremità esterna d' un ago impiantato in un muscolo, questo alle volte si contrae come se fosse rinchiuso nel circolo elettrico dell' apparato Voltiano.

3.° Ho alcune volte, per verità rare, avuto occasione di verificare un' altra osservazione di Cloquet e d' alcuni altri Pratici, ciò è che mentre s' impiantano gl' aghi provasi ne' diti una sensazione di tremito simile a quello che è prodotto dalla corrente elettrica svolta dal testè nominato apparato Voltiano.

4.° Era già stato da alcuni detto che facendo comunicare l' estremità esterna d' un ago in azione con un Galvanometro, osservasi in questo un moto che si può presumibilmente credere prodotto dal passaggio d' un imponderabile dal membro agopunto. Ed è ora cotesta verità ampiamente confermata dalle bellissime e notissime sperienze di molti Autori, specialmente di Puccinotti.

5.° Ho più volte combattuto con l' agopuntura dolori nervosi o reumatici, stati ribelli alle incisioni profonde, alla moxa, ai caustici, ai vescicatorii ed a varie altre maniere di rottorii di cui l' azione contrirritante e revellente è assai maggiore che non quella dell' agopuntura. Non è questa una prova che la più importante azione degl' aghi non è la revellente?

6.° Cessi il Cielo ch' io creda ciecamente a tutte le guarigioni prodigiose che si narra siano state nei tempi andati ottenute con il Perkinismo il quale ha con l' agopuntura tanta analogia di mezzi, d' indicazioni, d' effetti. Con tutto ciò non si

può negare ch' esso non sia stato qualche volta giovevole. Chi non vede ciò stante ch' esso non ha potuto altrimente giovare che sottraendo alla parte un qualche fluido imponderabile? Chi non vede che nel Perkinismo applicandosi gl' aghi solamente alla pelle senza traforarla, non posson i suoi utili effetti derivarsi da un' azione revellente ed irritante che non ha luogo? È egli necessario ch' io dimostri come quest' analogia possa essere trasportata nell' agopuntura?

7.° Quella prontissima azione dell' agopuntura nel calmare i dolori, stata tante volte osservata, può essa spiegarsi per un semplice effetto di contrirritazione o d' azione revellente? Chi non conosce per prova come d' ordinario più tardivi siano gli effetti d' un' irritazione revellente, tuttochè maggiore che non quella che si suppone nell' agopuntura.

8.° I revellenti operan utilmente o perchè sottraggono materiali dal corpo o perchè aumentano su la parte a cui sono applicati i poteri vitali a spese di quelli che son eccedenti nella parte primitivamente affetta. Le cose così essendo, non è ella cosa chiara che l'agopuntura non opera nel primo verso, giacchè, fatta eccettuazione d' una o di poche gocce di sangue e ciò ancora non sempre, non sottrae essa materiali al corpo? È ancora cosa chiara che non può neppur operare nel secondo modo, perciocchè sono per lo più leggierissimi i fenomeni di orgasmo, di calore, di dolore, ecc. sussecutivi alla medesima. Io per lo meno non ho quasi mai osservati fenomeni di qualche momento in un tanto numero d' agopunture per me praticate.

9.° Chi ignora le gravi lesioni che tengono dietro alle ferite da arme da punta? Eppure quelle lesioni non occorrono dopo l' agopuntura. Non è questo un indizio ch' essa opera come la lancia d' Achille cioè fa la ferita e sottraendo un fluido imponderabile o ne previene l' irritazione o la risana?

10. A sostegno di ciò dico finalmente che avendo, secondo il voto di Pelletan, due volte praticata quell' operazione, nòn già con gl' aghi metallici, conduttori del fluido elettrico, ma

con aghi in legno, non conduttori, m'è toccato di vederne nullo l'effetto salutare e di doverne combattere gl' effetti irritativi che in un caso s' appalesarono miti e nell' altro piuttosto gravi. Io non inferisco alcuna deduzione da sole due prove, ma ognuno scorge di leggieri quanto irreprobabile sarebbe il loro valore qualora fossero in maggiore numero. È mio intendimento di moltiplicarle (1).

L' idea che esista ne' corpi viventi un fluido imponderabile, cagione od effetto di sublimissimi atti, ebbe in tutti i tempi l' appoggio d' una di quelle verità che la ragione naturale insegna e che Cousin direbbe del *senso comune*, ed è ora scientificamente dimostrata. A malgrado però degli sforzi di sommi ingegni è ancora un punto quistionevole se quel fluido sia l' elettrico puro o modificato dagl' organi viventi in quella guisa che modificano tante altre materie sopra di cui operano o se pure sia un fluido speciale per natura, speciale per proprietà e stato perciò qualificato con lo speciale nome di *biotico*, di *nervoso* e simili, a cui si vorrebbero da taluno attribuiti i sublimi uffizii di trasportare le impressioni *sensorie* e *motrici*, d'essere causa dell' eccitabilità e di varii fenomeni vitali. Le ingegnose e ben note sperienze di Puccinotti hanno in ciò recato non poca

(1) *Il che stante, il Leggitore s' è sagace e ragionato e sentito, vede subito quanto il* Berlioz *siasi a questo riguardo allontanato dalla verità. Secondo il parere di lui l' agopuntura opera come mezzo introducente nelle parti affette alla maniera delle spranghe elettriche il fluido omonimo atmosferico il quale eccita la potenza nervosa comunicando alle più sottili diramazioni nervose un qualche principio di cui il difetto è causa del dolore. In prova di ciò egli dice che l'azione dell' agopuntura è molto più efficace se gl' aghi confitti nelle carni si fanno comunicare con i due poli d' un elettromotore voltiano. Se non che questa prova della sua supposizione ch' egli adduce come la principale, non prova niente, anzi prova che quella supposizione appoggia sopra un fondamento mobile e ch' egli ha scambiati gl' effetti dell' elettro-agopuntura con quelli della sola agopuntura, i quali sono tanto diversi, quanto sono tra sè contrapposti gl' effetti d' un corpo che trasmette e d' un altro che sottrae un fluido imponderabile.*

luce, ma molto manca che abbiano diradate tutte le tenebre. In mezzo a tante dubbiezze non è da obbliarsi la proprietà ch'esso ha comune con il fluido elettrico, ciò è d' essere sottratto ai corpi viventi per quei metalli che sono buoni conduttori dell'elettricità. Ad ogni modo presentasi qui un' altra quistione di grande momento ma assai gelosa, in cui io entro mal mio grado costretto dalla natura dell' argomento e non con animo di recare qualche luce. È dessa questa:

In qual modo l'agopuntura sottrae essa un fluido imponderabile al corpo e qual è la natura di questo fluido? Sono a questo riguardo notevoli i pensamenti di Pelletan il quale tanto si travagliò a pro dell' agopuntura. Ammessa secondo lui l' opinione di Wilson che la corrente elettrica sia la causa dell' innervazione: ammessa quella di Edwards che nell' interno de' nervi siavi una corrente galvanica: ammessa pure quella di Dumas e Prevost che le correnti elettriche le quali si diffondono per nervi paralleli siano la causa delle contrazioni muscolari: ammessa in fine quella di Bell e di Magendie che i nervi del senso siano distinti da quelli del moto: ammesse queste opinioni come altrettante verità, Pelletan stabilisce in sostanza esservi in ogni parte del corpo nervi insieme confusi ma d' origine diversi, entro di cui ha sede un' opposta corrente d' un fluido analogo, forse identico con l' elettrico: il cervello e le sue organiche dipendenze essere gl'apparati generatori delle opposte correnti: la causa prima dell' innervazione degl' organi movere dal reciproco incontro delle due opposte correnti: il dolore dipendere da un aumento d' innervazione o dalla presenza di correnti elettriche troppo forti e rapide esistenti ne'rami nervosi delle due opposte serie de' nervi o da un ostacolo organico che impedisce l' equilibrio delle correnti opposte da uno ad un altro genere di nervi: l' ago metallico ad uso dell' agopuntura cessare il dolore perchè, ottimo conduttore qual esso è dell' elettricità, scema l' innervazione, rende facile la comunicazione fra rami nervosi di diversa natura, e ciò per la via più breve, e neutralizza o riunisce le due opposte correnti elet-

triche che hanno sede in quei nervi: in fine le correnti elettriche per natura, per sede, per grado diverse che l'ago incontra nella sua azione essere la causa ch'esso rimane ossidato, assumendo il sopra citato colore violetto, come succede agl'aghi d'acciaio sopra di cui operi l'elettricità ottenuta da un elettromotore meccanico.

Gran danno che cotesta teoria la quale pretese alzarsi su le rovine di quella stata già tempo manifestata da Cloquet (1) con modi molto più temperati e che menò alto rumore, non abbia altro valore fuorchè quello d'un'ipotesi e sia in gran parte distrutta dai fatti stessi con cui la si volle fiancheggiare. E di vero io ho già detto sopra che è cosa non punto confermata dalla pratica che le agopunture in cui gl'aghi s'impiantano in grossi nervi o nella direzione in cui scorrono molti nervi siano più efficaci, come dovrebb'essere stando a quell'ipotesi e come Pelletan ha affermato essere, in ciò guidato; oso dirlo, più da preconcetta opinione che non dalla verità. Son altronde in questa teoria ed in alcune altre su il medesimo andare aggiunte nuove incognite ad un problema che non potè fin qui risolversi. E di ragione, ammettasi ch'esso fluido sia l'elettrico e s'ammetta altresì uno *stato elettrico* de' corpi viventi, com'essi posseduno uno *stato termico*, non è provato, come fa saggiamente avvertire il mio collega Professore Berruti, che quel fluido sia proprio de' nervi; non è provato che i nervi soli ne sian i somministratori e regolatori ne' tessuti ed organi; non è provato che a questi non provenga dai corpi circostanti uno stato elettrico; non è provato che nell'intimo dell'organismo, dov'i nervi all'infinito divisi si fondono per così dire e si confondono con gl'altri tessuti organici, dove questi tessuti soggiacciono nell'atto della nutrizione e delle secrezioni a continue compo–

(1) Cloquet *a cui andiamo debitori di molte osservazioni di morbi guariti con l'agopuntura, pensa ch'essa sia utile in quanto che sottrae ai nervi un fluido imponderabile in essi esuberante, forse identico con l'elettrico, ch'egli chiamò fluido nervoso.*

sizioni ed a continui scomponimenti, a continue azioni e riazioni, in grazia di cui conservan una determinata proporzione e disposizione degl' elementi organici; non è provato, ripeto, che colà in quel segreto dell' organizzazione non si formi uno stato elettrico indipendente dai nervi e diverso secondo che diverse sono le condizioni organiche del tessuto, in quella guisa che i corpi inorganici godono un diverso stato elettrico secondo la varia loro natura e composizione. Ed ammettendo pure che il fluido imponderabile in quistione sia proprio de' nervi, non solamente non è provato, continua a fare riflettere il citato mio Collega, ch' esso vi prenda la forma di corrente senza diffondersi nelle parti circostanti, ma sembra anzi risultare dalle sperienze di Person che il neurilemma e l' invoglio pinguedineo de' nervi, stati creduti corpi isolanti, punto non lo siano, e che una corrente elettrica comunicata ad un nervo si disperda con facilità ne' tessuti che lo toccano. Ma ammettendo finalmente che il citato imponderabile sia elettro-nervoso: ammettendo che sia in forma di correnti nei nervi e ne' soli nervi; chi ha provato l' assunto fatto suonare così altamente che queste trasportino le impressioni *sensorie e motrici*, che siano causa dell' eccitabilità e de' varii fenomeni vitali? Chi ha mai, dice con ingegnoso accorgimento il Dottore Fario, con esse fatto rivivere una funzione? Chi non vede lo spazio inconmensurabile che v'è dall' una all' altra di quelle condizioni, non prende egli per avventura la realtà della cosa in iscambio del suo ardente desiderio che gli fa velo all' intelletto; l' effetto in iscambio della causa; la conseguenza in iscambio del principio?

In somma ogni cosa pensatamente esaminata e dagl' effetti veduti salendo alle cause, sembra che le sole proposizioni le quali nello stato presente delle cognizioni fisiche e fisiologiche s' offran intorno a cotest'argomento accettevoli o probabiliori siano le seguenti:

1.° Nel sublime magisterio o chimismo organico considerato in sè, nel principio che lo anima e negl' impareggiabili atti di senso, di moto, di nutrizione, di secrezioni, ecc. che ne ema-

nano lo *stato elettrico* od elettro-nervoso è, come lo *stato sanguigno*, lo *stato termico*, un elemento destinato chi nol sa? a nobilissimi uffizii, forse la cagione più efficace, più affine, più idonea a movere le molle vitali, massimamente le nervose, una condizione in somma indispensabile, ma non esclusiva, nè tampoco quel magisterio, il suo principio o la sua legge motrice e la causa diretta delle sue manifestazioni vitali.

2.° Tutto ciò che conserva od altera i poteri organico-vitali di quel magisterio, conserva pur od altera lo stato *elettrico-vitale*, il sanguigno, il termico.

3.° Siccome in una parte che sia in condizione d'iperstenia havvi affluenza maggiore ed accumulamento di sangue, di calorico, così havvi pure, secondo gl'uni, intensità maggiore delle correnti elettro-nervose e second'altri, accumulamento (eteroidesi) dell'imponderabile elettrico od elettro-nervoso. Le conosciute sperienze del citato Puccinotti non cadon esse in acconcio per provare quanto sia grande l'affluenza del fluido elettro-nervoso verso una parte stimolata da una soluzione di continuità?

4.° L'accumulamento di cotesti elementi nella parte impigliata nell'iperstenia pare non altro essere fuorchè l'espressione esterna della segreta turbazione del magisterio organico-vitale in cui è sostanzialmente la sua causa prima e diretta.

5.° Da molti fatti d'analogia e d'induzione pare possa conchiudersi che, quantunque secondaria, l'esuberanza di quegl'elementi conferisca però ad aumentare la turbazione di quel magisterio e che i salassi sottraendo l'elemento sanguigno, le sostanze fredde sottraendo il termico, l'agopuntura ed altri mezzi di congenere azione sottraendo in un modo certo e variamente spiegato ma fin qui ne' suoi particolari non bene conosciuto, l'elettro-nervoso, non operino placando direttamente il medesimo magisterio tumultuante, ma indirettamente levando stimoli od effetti morbosi i quali lo impediscono di rintegrarsi nello stato di calma naturale. Che la cosa sia realmente così sembra provato dall'osservare tutti i giorni com'alcuni compensi, fra cui citerò il solo acido prussico applicato ad una parte ir-

ritata, cessino l'esaltamento di quel chimismo vitale, lo riducano in calma senza che sottraggano alcuno di quegli elementi. Non è questa una prova che al di là dell'esuberanza dei testè detti elementi havvi ne' morbi iperstenici un fatto più interessante, più importante, nascosto nel segreto dell'organismo? Gran danno che l'arte conosca poche di queste sostanze sedatrici dirette e che queste poche non le conosca ancora tutte bene.

6.° Sebbene ne' mali della natura poc'anzi citata que' tre elementi ed altri, se ve n'ha, siano sempre esuberanti, è però stando ai fatti cosa presumibile che ora l'uno ora l'altro lo siano di più secondo il vario loro grado, i varii loro periodi e la varia loro sede, senza che le siffatte cose compassare si possano come le geometriche. Il che equivale a dire che ora prevale l'elemento sanguigno, com'osservasi nelle croniche iperemie, ed ora l'elettro-nervoso come nelle tante neuralgie erettili, ecc.

7.° Quantunque, parlando sempre de' morbi della testè detta indole, si veda sovente la sottrazione d'uno de' citati elementi ridurli più o meno presto tutti ad equilibrio, e ciò per la connessione causale che hanno fra loro o perchè, scemato o cessato uno d'essi, sia al magisterio vitale più facile il comporre gl'altri ad equilibrio e rintegrarsi, conviene però confessare che così adoperando si siegue una via indiretta e che quando si può è cosa più razionale comporre l'equilibrio con l'elettiva sottrazione di ciascheduno de' medesimi.

8.° In quella guisa stessa che la sottrazione dell'elemento sanguigno in una parte non induce solamente anemia ed ipostenia nella medesima ma anche in tutta la persona, così pure e non diversamente opera per rispetto al sistema nervoso la sottrazione dell'elemento più affine cioè l'elettro-nervoso.

Da tutte le cose fin qui dette io capisco o mi sembra capire perchè da Beclard, Meyran, Pelletan e da me stesso siasi alle volte osservato un poco d'avvilimento nelle forze generali degl'agopunti: perchè nell'ammalato del caso VI sia per l'agopuntura svanita insieme con la neuropatia locale la morbosa

condizione dell'asse cerebro-spinale che era da tanti anni cagione d'insulti epilettiformi: perchè così dalle mie osservazioni come da quelle di tutti i Pratici, compresi i Giapponesi, risulti l'agopuntura in nissun caso tornare d'ordinario più efficace quanto ne' mali neuropatici e convulsivi ne' quali il potere nervoso e l'imponderabile che n'è il più idoneo modificatore, hanno, se non tutta, la più grande parte: perchè in genere il contrario s'osservi nelle affezioni iperemiche con torpidezza d'azioni vitali, con poca o nissuna neuropatia: perchè ne' morbi flogistici non gravi con simultaneo dissesto dell'elemento sanguigno, termico ed elettro-nervoso cessino prontamente i fenomeni di neuropatia dopo l'agopuntura, di cui l'azione è a questi più elettivamente ostile e continuin ancora sfumandosi ne' più de' casi per gradi i fenomeni d'uggia, di peso, di pienezza, di calore e simili, i quali hanno la loro radice più particolarmente nello squilibrio degl'altri elementi; del che fannno prova, oltre a tante altre osservazioni, i citati casi V e VI: perchè nelle malattie così dette *discrasiche*, nelle contagiose e soprattutto in quelle in cui il magisterio vitale è contaminato in un modo organico ed irreparabile, l'agopuntura moderatrice de' morbi neuropatici non procuri ch'un passeggiero sollievo, come passeggiero è pur il benefizio che in pari circostanze s'ottiene dal salasso moderatore de' fenomeni di lesa vascularità e d'iperemia: perchè la proposta stata fatta da alcuni di servirsi d'aghi di cui l'estremità esterna sia coperta d'un globetto di cera, di cera lacca o d'altra materia idio-elettrica, per cui rimangono perfettamente isolati, non abbia incontrata l'approvazione d'alcun Pratico e sia riuscita o a nulla o a pochissimo.

Dette queste cose di passaggio ed in genere, io m'affretto d'uscire di cotesto sdrucciolevole sentiero in cui, lo ridico, non ho posto timido e rispettivo il piede fuorchè costretto dalla natura dell'argomento. Allo scopo altronde che mi ho prefisso non giova ch'io entri innanzi più di così.

Del resto gl'aghi che dopo vari tentativi io da lungo tempo adopero quasi esclusivamente sono gl'aghi ordinarii d'acciaio temprato, sottili ed acuti.

Non mi son accorto esservi differenza d' azione tra gl' aghi d' acciaio, di platino, d' oro, d' argento, nè essere più valevole l' agopuntura usando nel tempo stesso aghi di diversa natura.

Ho abbandonati gl' aghi flessibili, perchè men idonei alla perforazione de' tessuti e non ho mai in pratica veduto verificarsi il timore da alcuni manifestato che gl'aghi inflessibili possano rompersi nella contrazione de' muscoli traforati.

Non posso aderirmi all' opinione di quelli che pensan essere miglior od uguale cosa usare pochi aghi anzichè molti, perchè ho generalmente ricavato maggiore frutto da molti che non da pochi. Io soglio impiegarne non più di venti e non meno di sei; in maggiore numero se l' affezione è antica e molto estesa, ed all' opposto: ciò è però relativo alla tolleranza dell' ammalato, alla natura del male, ecc.

Nè posso pur aderirmi all' opinione di chi stima essere meglio ch' essi rimangano poco tempo confitti nelle carni; perciocchè l' osservazione mi ha pure provato essere più giovevole l' agopuntura protratta che non la breve. Quando l' ammalato tollera la presenza degl' aghi come se nulla di male provasse, io sono solito lasciarli in azione da tre sino a sette od otto ore: ma ne' casi opposti io ho per norma d' abbreviarne l' azione estraendoli non tosto che la parte agopunta si mostra impaziente della lor presenza. Porto anzi opinione che i segnalati benefizi dell' agopuntura stati osservati da Demours derivassero anche in parte da ciò ch' egli soleva impiantare gl' aghi a traverso della cute piegata, come si fa nella sutura intorcigliata, e lasciarneli in permanenza per un lungo tempo: se non che i vantaggi di cotesta maniera d' operare non contrappesano gl' incomodi e gl' irritamenti che ne sono la conseguenza.

In ordine alla lunghezza degl' aghi siccome io non ho, per le ragioni altrove dette, adottata la massima d' impiantarli a perpendicolo e di spingerli nelle cavità e ne' tessuti molto importanti, ma di farli scorrere più o meno obbliquamente nel tessuto celluloso, così mi sono quasi sempre servito d' aghi non

più corti d'un pollice e mezzo, e non più lunghi di tre pollici e mezzo.

Dichiaro aperto che non ho saputo riconoscere alcun vantaggio tanto nella pratica di chi consiglia doversi nelle affezioni estese d'un membro fare penetrare due aghi obbliquamente ne' due punti estremi del medesimo ed in modo che le due punte siano dirette l'una contro l'altra, quanto in quella da certuni proposta di disporre gl'aghi a triangolo, quando s'adoperan in numero di tre.

Tanto poche sono le turbazioni che sieguono l'agopuntura ch'io, pochi casi eccettuati, ho sempre potuto ripeterla o a giorni alternativi o di tre in tre giorni.

Non pretermetto quest'occasione di dire che il fatto mi ha dimostrata inutile un'altra pratica di Demours che è di fare preceder e conseguitare l'agopuntura dall'applicazione delle coppette.

Dopo terminata l'agopuntura è cosa essenziale, per evitare la rottura degl'aghi, che questi s'estraggano tirandoli nella stessa direzione con cui furono fatti penetrare.

Non saprei finalmente chiudere questa mia scrittura senza dire che i benefizi già ricavati dall'agopuntura le assicurano una sède durevole fra i compensi terapeutici e che mal avvisava Broussais quando lanciò con fantasia sbrigliata l'ingeneroso vaticinio ch'essa avesse tosto o tardi a cadere nell'obblio (A) (estratto dal *Giornale delle Scienze Mediche*, anno III).

(A) Dopo la stampa di questa memoria io ho più volte nella Clinica e nella pratica particolare avuto ricorso all'agopuntura con o senza successo, non mai con danno. Cito qui con brevità veramente somma due casi, fra molti, in cui fu essa utile nella Clinica.

Caso 1.° Maria Ciravegna: anni 50: sarta: temperamento linfatico-sanguigno: costituzione buona: frequenti pedignoni nell'infanzia e croste al capo state conseguitate da una lieve depressione delle parti molli osservabile nella sede della fontanella posteriore-superiore: affetta nella sua puerizia da ottalmitide ad ambo gl'occhi da cui risanò in poco tempo con mezzi semplicissimi: pleuritide

nell'età d'anni 13 stata con i mezzi opportuni radicalmente spenta: su i 15 anni menstruazione piuttosto copiosa ed accompagnata da intensi dolori nell'ipogastrio i quali dopo un anno in cui furono ora più ora meno risentiti si dileguarono da sè: maritata ai 15 anni: lieve leucorrea dopo il matrimonio: entrata nella sua prima gravidanza ai 20 anni, ella abortì verso i cinque mesi: rimasta sterile e leucorroica sin ai 28 anni: espostasi in quest'età ad una dirotta pioggia con il capo scoperto, fu sorpresa da un intenso dolore al vertice del capo il quale dopo alcuni giorni cessò al comparire un abbondante stillicidio di siero dal naso con frequenti sternuti e con una copiosa epifora: dieci giorni appresso ritorno spontaneo del dolore e cessazione pure spontanea in seguito alle pur ora dette manifestazioni di stillicidio di siero dal naso, di sternuto e d'epifora: queste vicende di malattia e di sanità, d'insulti e d'intermittenze di dolore continuarono per un anno: a capo di questo il dolore si rese continuo e cessò lo stillicidio dal naso: applicate allora le mignatte su il vertice del capo, il dolore cotanto s'inacerbí che il più leggiero toccamento era cagione di smania e la più blanda pressione provocava il deliquio: tentati ancora in vano millanta rimedi empirici, l'ammalata dopo due anni di patimenti ebbe in principio del mese di marzo 1842 ricorso alla Clinica lagnandosi d'un dolore immane, continuo al vertice del capo, esacerbantesi con la pressione ed avente la sua sede ne' rametti nervosi terminali dei nervi frontali: si vedeva e si toccava altresì un leggiero solco lunghesso la sutura sagittale circondato da una leggiera dermitite squamosa. La continuità del dolore e quel suò inviperirsi con la pressione inducevano a credere che fosse d'indole erettile: furono perciò nel vertice del capo impiantati dodici aghi, stati tre ore appresso estratti. Bastò questa sola agopuntura per ridurre il dolore quasi al nulla; per modo che la paziente, incalzata da urgenti affari di famiglia e contentissima dell' ottenuta insperata calma, volle rimpatriare. Un mese e mezzo dopo che era giunta in patria fu per cause eventuali afflitta da grave angioitide stata doma con undici salassi. Ma ridestatosi a convalescenza innoltrata il dolore neuralgico del vertice del capo, però meno intenso di prima, la Ciravegna ritornò alla Clinica su i primi giorni di maggio di dett' anno, lagnandosi per effetto della sofferta angioitide di disappetenza, di sete e d'un poco d'affanno di respiro: nel tempo stesso la menstruazione s' era resa molto più scarsa. Anche questa volta il dolore neuralgico rimase, dopo due sole operazioni d'agopuntura su il vertice del capo, cotanto assottigliato ch' ella volle rimpatriare e d' allora in poi non ebbi più alcuna

notizia di lei (Le annotazioni relative a questo caso sono state scritte dal Dottore VINCENZO BOGLIACCINI).

Caso 2.° La contadina Paola Monferini, da Druento: anni 45: temperamento bilioso eon eolore della pelle giallo-interriato : macilenta della persona: bassa di statura: nata da parenti sani: menstruata a 15 anni: sana fin ai 17: affetta ai 15 anni da scarlattina endemiea nel suo paese da cui guarì bene : maritata a 20 anni : ebbe felici quattro gravidanze con i sucecssivi parti e puerperii : lattò la propria prole: rimasta vedova ai 28 anni: ai 35 metritide stata vinta con cinque salassi : in questo tempo eessazione della menstruazione , stata eonseguitata da *polidipsia* in grado estremo : su i 45 anni, durando ancora la *polidipsia* , fu salassata tre volte per causa di sinoea: da quel momento eomineiò, secondo ehe narrò, a provar un senso di formieolio, poi di pugnimento, poi di dolore laneinante nel bel eentro della gola sinistra contro a eui adoperò per sei mesi con poco sollievo unzioni loeali con olio d' uliva, veseicatorii iterati e reiterati ai braeei e più rimedii empirici. Dopo sei altri mesi il dolore, cambiata sede, si fissò nel nervo sopraccigliare in eorrispondenza del foro soprorbitale e dopo traseorsi altri sei mesi, abbandonata questa sede, si fissò nel nervo dentale inferiore dov' esee dal foro mentoniero. Ricoverata allora cioè ai 26 di luglio 1842 nella Clinica dopo un anno e mezzo di patimenti i quali eran ormai divenuti ineomportabili, riconoscemmo in essa lei più searno il lato sinistro del volto e l' oechio sinistro più infossato nell' orbita che non il destro. Ai 28 di luglio s' impiantarono nella sede dolorosa dodiei aghi e vi si lasciarono confieeati per tre ore. Nella domane il dolore era ridotto a poco di cosa: si prescrissero su la sede morbosa unzioni eon olio di terebentina ed aeido prussico : si rinnovò ai 5 d' agosto l' agopuntura e si eontinuarono le testè dette unzioni. Il dolore essendo dopo questa seeonda operazione pressochè onninamente svanito, la Monferini ehiese ed ottenne il suo eongedo dalla Cliniea (Le notizie ragguardanti a questo easo furono registrate dal Dottore SANTANERA, allora Allievo della Cliniea).

RAGIONAMENTO

Intorno alle ferite ed alle fistole del condotto Stenoniano con proposta d'alcuni nuovi compensi operativi (1).

È mio intendimento, Chiarissimi Signori e Colleghi rispettabilissimi, d'intrattenervi alquanto d'una novella pratica operativa per guarire le fistole della porzione *buccale* del condotto stenoniano: la quale pratica ha la conferma della ragione ed ha già l'appoggio del fatto. Dichiaro innanzi tratto che, per maggiore chiarezza ed a scanso di circonlocuzioni, io chiamo *buccale* od *anteriore* la porzione del condotto stenoniano che s'estende sin al margine anteriore del muscolo massetere, e *parotidea* o *posteriore* quella porzione che è compresa tra il margine anteriore di cotesto muscolo e la parotide. Quest' argomento non sembrerà per certo di poco momento a coloro che sanno come le fistole salivari, oltre alla loro ostinatezza ed alla schifezza che recano, generino con il tempo disappetenza, difficoltà di digerire, abbattimento di forze, smagrimento, alle volte vera consunzione, e ciò per la continua perdita d'un umore così nobile e necessario, com'è la saliva; perdita dieci tanti maggiore nel masticare (2) e nel parlare.

(1) *Memoria letta al Consesso Medico della seconda adunanza degli Scienziati Italiani, tenuta in Torino nel mese di settembre* 1840.

(2) Duphénix *riferisce aver una volta veduto stillare in un quarto d'ora durante la masticazione due oncie ed una dramma di saliva, un' altra volta in diciotto minuti due oncie e sei dramme ed una terza volta quattro oncie ed una dramma in ventotto minuti* (A).

(A) L'asserzione di Duphénix, la quale mi parve a prima giunta esagerata, divenne per me una verità dimostrata quando, son alcuni

Entrando dunque senz' alcun altro preambolo in materia io dico innanzi tutto che forse parrà a prima giunta opera irrita e nulla il ritoccare così fatto argomento a chi rivolge nella sua memoria i tanti metodi e le tante pratiche operative che per quello scopo sono già entrati nel dominio dell' arte per opera d' un grande numero d' Autori, specialmente di Lentilius, Lange, Nédel, Louis, Ferrand, Mursinna, Imbert, Jourdain, Langenbeck, Maisonneuve, Desault, Wiborg, Zang, Courtavoz, Flajani, Percy, Morand, Deroy, Duphénix, G. L. Petit, Richter, Atti, De Guise, Grosserio, Mirault, Roux, Vernhes, Charus, ecc.: eppure la cosa non è così e l' arte non è fin qui giunta a segno di sdegnare i tributi che le son offerti avvegnachè piccoli. Di fatto se tutti i Pratici di grido provaron in alcuni casi l' efficacia di molte di quelle pratiche per guarire la fistola salivare, tutti confessano però che videro in altre occasioni ciascheduna delle medesime impotente a ciò. Di maniera che questo argomento ha sin qui servito e serve tuttora di testo ad interminabili discussioni. Se a qualcheduno prendesse talento di dire che piccola è la distesa terapeutica della pratica ch' io sto per proporre come quella che non abbraccia i casi di fistole salivari della ghiandola parotide, nè quelli della porzione parotidea del condotto stenoniano, io risponderei subito ch' essa è forse maggiore di quanto potrebbesi di prima giunta credere, e ciò per queste ragioni. Se lasciamo da banda le fistole salivari da causa traumatica le quali posson essere ugualmente frequenti

anni, ebbi a vedere insieme con il Chirurgo Fornaseri una zia di lui affetta da larga fistola salivare del condotto stenoniano destro. Perciocchè dal momento che cotesta Signora cominciò, da noi invitata, a masticare un poco di quel pane che è presso di noi conosciuto con il nome di *grissino*, vedemmo con nostra sorpresa sgorgare saliva limpida dal foro fistoloso in tanta copia che abbiamo potuto, prima che avess' ella lentamente masticati due soli *grissini*, raccoglierne più di due oncie entro un bicchiere ed in copia molto maggiore l' avremmo raccolta se al nostro cenno non fosse stata sospesa la masticazione.

nella parotide e nel suo condotto ; se ommettiam altresì le fistole salivari della parotide, indipendenti da causa traumatica, le quali , ove movano da un vizio di morbosa vegetazione e costituiscan un elemento morboso secondario, non offron un'indicazione terapeutica speciale ma comune con questo vizio , e son all' opposto di pochissimo momento ove costituiscano il precipuo elemento morboso , perchè facile n' è co' noti mezzi dell' arte la guarigione in grazia della piccolezza de' condotti salivari fistolosi e del gran numero de'condotti illesi i quali posson supplirne l' uffizio allorchè rimangono dai compensi terapeutici turati : se lasciamo, dico , da banda questi casi e riduciamo la quistione alle sole fistole del condotto stenoniano come quelle che sono di lunga mano più rilevanti , dobbiamo camminando su le orme dell' osservazione confessare che le fistole della sua porzione *buccale* son assai più frequenti che non quelle della sua porzione *parotidea* ossia che ciò tragga origine dalla naturale piegatura di quella porzione, ovvero dall' esser essa circondata da un abbondante tessuto cellulo-pinguedineo in cui facile è l' annidarsi della flogosi , oppure (e questo motivo debb' essere di tutti il più frequente) dalla sua maggiore vicinanza alla mucosa *buccale* da cui partendo le più frequenti cause organiche di turamento del condotto stenoniano , è cosa naturale che la sua porzione anteriore ne sia più presto e più frequentemente compartecipe ; e dobbiamo altresì per naturale conseguenza confessare che una pratica operativa diretta a correggere le fistole della porzione *buccale* del condotto stenoniano comprende il maggiore numero delle sue fistole. Oltrachè s' io fin qui sono soltanto in grado d' accertare con il fatto l' utilità della mia pratica nelle fistole della porzione *buccale* del condotto stenoniano, sono poi lontano dal condannarla in quella della sua porzione parotidea ; anzi mi dice la ragione dover essa tornare anche qui ugualmente utile , se non di vantaggio , che le pratiche le più applaudite , tranne che non avendo ancora il sostegno di alcun fatto , io debbo stare per ora contento ad accennare la mia opinione senz' entrare più avanti di così in cotest' argomento.

Più innanzi mi s' offrirà forse propizia l' occasione di parlarne di nuovo con poche parole.

Ciò premesso, io passo subito a descrivere questa mia nuova pratica. Nella supposizione che trattisi d'una fistola salivare del condotto stenoniano sinistro, l' operatore, data l' opportuna e bene nota positura all' ammalato, debbe con il dito indice della mano sinistra rinvoltato da un pannolino ed introdotto nella bocca e con il pollice all' indice contrapposto dal lato della guancia, questa forte afferrare dove scorre quel condotto e tirarla quanto più può verso la linea mediana per cancellare la piegatura naturale del medesimo e nel tempo stesso allungarlo. Dopo ciò può egli abbracciare uno di questi due partiti. Riconosciuto con il dito indice della mano destra il lato anteriore del muscolo massetere, la quale cosa non è malagevole, può egli con tagli longitudinali successivi, praticati con un piccolo gammautte convesso su la parte sana parallelamente al margine anteriore di quel muscolo, scoprire il condotto stenoniano, poi legarlo con un mediocre refe di seta incerata, poi sciorne la continuità dietro la legatura o dal lato del massetere, poi tagliare uno degl' estremi del filo, poi far un' incisione piuttosto ampia e quasi diretta dall' avanti all' indietro agli strati profondi della guancia, poi fare passare nella bocca il superstite filo della legatura, ridotto con il taglio alla lunghezza d' un pollice o poco più, e poi da ultimo riunire la ferita esterna con la sutura intorcigliata avendo l' avvertenza di servirsi d' aghi fini da insetti e d' impiantarli senza che arrivin al condotto ed a piccola distanza gl' uni dagli altri o ad una distanza non maggiore d' una linea e mezzo. Oppure può egli con un gammautte retto e di lama stretta trapassare d' un tratto tutta la parete *buccale* con un taglio eseguito dal di fuori all' indentro nel modo e nella sede poc' anzi detti, e poi con il dito indice che è in bocca alzar il margine anteriore della ferita, rintracciare con l' occhio l' estremità incisa della porzione *buccale* del condotto stenoniano, il che non è difficile, afferrarlo con le pinzette, legarlo, introdurre il filo della le-

gatura nella bocca e nel resto condursi com' è stato detto sopra (1).

In questo modo operativo ottiensi in pochi giorni una riunione immediata e pronta della ferita esterna, superstite una cicatricula lineare appena percettibile, intanto che il filo della legatura fatto passare nella bocca, dov' è senz' alcun inconveniente tollerato dall' operato, serve d' ottimo e d' innocente conduttore della saliva a cui prepara una via novella e permanente. Aggiungasi che il soggiorno di sedici, venti o venticinque giorni che fa il refe nella via novella prima che non si distacchi da se con l' aiuto di blande trazioni, è un tempo più che sufficiente ad ottenere quell' intento: imperciocchè leggiamo che generalmente non permisero una più lunga dimora al corpo straniero quelli tra i Pratici i quali ci lasciarono scritto che guarirono fistole salivari con alcune delle pratiche fin qui conosciute in cui è indispensabile la presenza d'un corpo straniero.

Il secondo de' poc' anzi detti modi operativi è spedito, epperciò più conforme ai voti degl' ammalati i quali amano nelle operazioni la speditezza, ma in quella vece sciogliesi con esso la continuità d' un rametto nervoso del settimo paio che scorre parallelo ed a poca distanza dal condotto stenoniano. Debbo però dire che nel caso ch' io citerò più innanzi non vidi esserne risultato alcun inconveniente dalla lesione di quel rametto nervoso. Quindi è che, sebbene nel primo modo operativo il quale

(1) *È cosa possibile che quest' operazione sia già stata da alcuni proposta, ma io l' ignoro. Il solo* Velpeau *per quanto io sappia disse « che si potrebbe forse in un modo qualunque perforare il condotto stenoniano nella sua parte posteriore e stabilirvi una fistola interna ». Ma quanta sia la distanza tra questo mero progetto di* Velpeau *e la mia pratica già stata tradotta in atto ognuno vede senza ch' io lo dica.* Velpeau *dice pure che « i fatti al suo progetto correlativi e stati narrati da* Trécourt *e* Charve *non sono conchiudenti ». Io non sono in grado nè di confermar il suo giudizio nè di contraddirlo perchè non mi venne fatto di recarmi in mano gli scritti di que' due Pratici.*

non ha il vantaggio della speditezza possa evitarsi quella lesione, non per questo io sarei forse ondeggiante nel determinare a quale de' due abbia a darsi la preferenza. Trattasi altronde qui di sola differenza d'ombreggio e non di colore.

Percorrendo gl'Annali dell'arte s'incontrano alcuni germi sparsi di questo metodo, i quali, ove avessero riscossa l'attenzione de' Pratici e fossero stati rettamente interpretati, avrebbero certamente cominciato a fruttificare prima d'ora. Ecco quali sono cotesti germi. Parlando delle ferite del condotto stenoniano e di tutta la spessezza della guancia i migliori Pratici ne consigliano la riunione immediata con la sutura intorcigliata a fine d'evitare la fistola salivare esterna. Percy di cui l'autorità e la sperienza son in ciò cotanto rispettabili, tiene come straordinarii i casi di fistola salivare esterna dopo larghe e profonde sciabolate della guancia con divisione del condotto stenoniano. Lasserve, M. Pl. Portal, Bégin avendo ferito questo condotto nell'atto di levare tumori di varia natura nella guancia, presero il partito, il saggio partito di dividere il fondo della ferita rendendola penetrante nella bocca e poi di riunirne i margini esterni, e con ciò evitarono la fistola salivare esterna. Questa non succedette pure alla divisione del condotto stenoniano occorsa nell'atto d'estirpare uno degl'ossi mascellari, come si scorge da alcuni scritti, particolarmente di Gensoul il quale consiglia pur egli in simili occorenze la pratica poco anzi citata di Lasserve, Portal e Bègin. Nel mio lungo esercizio clinico in un grande spedale io ebbi altresì alcune occasioni di ledere il condotto stenoniano praticando operazioni o di vederlo leso per ferite accidentali e posso francamente affermare che mediante la riunione immediata della ferita con la sutura intorcigliata, avvalorata dalle listerelle emplastiche, alle volte da una moderata pressione, sempre dalla quiete della parte, dall'astinenza di masticare e di parlare, ho in tutti i casi evitata la fistola salivare esterna. Citerò qui due soli casi. Nell'anno 1833 riparava alla Clinica operativa una giovinastra d'anni 24, forte e robusta, la quale era dalla nascita affetta da un tumore eret-

tile nella guancia sinistra, di cui occupava tutta la spessezza dalla commessura dei labbri sin al margine anteriore del muscolo massetere: il condotto stenoniano scorreva nel bel centro del medesimo. Preso il partito di levare via il tumore con insieme la porzione *buccale* del condotto stenoniano mediante due incisioni quasi semielittiche che dalla testè detta commessura s'estendevano sin al massetere e poi procurata la riunione immediata della ferita, ottenni una pronta e perfetta guarigione senza fistola salivare esterna. Nella puntata di dicembre (1839) del nuovo *Giornale delle Scienze Mediche* io rendeva conto d'un'operazione di rino-geno-cheiloplastia per me felicemente praticata (A): ora bene, avendo in quel caso preso il lembo autoplastico nella guancia accadde che, formato il lembo, sia il condotto stenoniano rimasto scoperto: nella persuasione in cui io era, già gran tempo, che la sua lesione non potesse essere seguita da fistola esterna, ove si facesse la riunione immediata della ferita e si traforasse la guancia da banda a banda, io lo ho a bella posta diviso in un con gli strati profondi della guancia: riunita poi ben bene la ferita esterna, ottenni una salda guarigione senz'ombra di fistola esterna. Aumentare il numero de'fatti, e lo potrei volendo, sarebbe un'inutile moltiplicazione da cui non altro uscirebbe fuorchè questo principio che le soluzioni di continuità del condotto stenoniano, fatte per caso o per arte e penetranti nella bocca, guariscono senza fistola salivare esterna qualora si procuri una riunione immediata della ferita esterna e che il contrario ha da considerarsi com'un'*eccettuazione*.

Questi fatti sparsi nel campo della Scienza e cotanto notorii come furon essi interpretati dai Pratici? Che cosa han eglino pensato intorno agl'eventi della ferita del condotto stenoniano per ciò che riflette al corso della saliva? Eglino stettero, oso dirlo, molto lontani dalla verità. Ed in vero, alcuni, fra cui Percy, hanno creduto che i margini del condotto diviso convenevolmente avvicinati si riunissero non solo nello stesso tempo

(A) Questo caso è pure stato registrato alla pagina 556.

che le parti molli, ma anche secondo lo stesso meccanismo e che si ripristinasse in un con la continuità del condotto il corso naturale della saliva. Boyer dà a vedere ch' egli crede non fosse ne' casi di Percy stato leso il condotto stenoniano : è questo però uno sfregio ch' io non oserei fare ad un così coscienziato osservatore e diligente: ma siccome Percy neglesse la sola prova sperimentale capace di fiancheggiare la sua asserzione cioè il cateterismo del condotto stenoniano dopo ottenuta la guarigione, così quest' asserzione fu sempre di poco momento ai miei occhi e perdette ogni valore allorchè avend' io in quattro casi di ferite di quel condotto, penetranti nella bocca e guarite senza fistola esterna, praticato il cateterismo, lo ho in tutti i casi incontrato così turato che mi fu forza conchiudere che la saliva non entrasse più nella bocca per le vie naturali ma per una fistola interna. Fu questa la via per me calcata ed io la addito ai Pratici come la sola che in ciò abbia a calcarsi da chi brama camminare su le tracce del vero. Con tutto ciò però io non escludo la possibilità che il condotto stenoniano leso a tutta sostanza nelle ferite penetranti nella bocca si rintegri nella sua continuità e che si rintegri pure il corso naturale della saliva, ma stando alla decisione de' fatti testè riferiti credo potere conchiudere che quest'evento è un'*eccettuazione* e che il non rintegrarsi il condotto e l' entrare la saliva nella bocca per una fistola interna è la *regola*. Fa prova ch' io non escludo quella possibilità il consiglio per me dato nella mia pratica operativa di tagliar il condotto stenoniano e poi di legarne l' estremità incisa corrispondente alla sua porzione anteriore, a fine d' impedire per sempre il ritorno della saliva nella fistola esterna, soddisfacendo in tale guisa ed alla *regola* ed all' *eccettuazione*.

Altri Pratici poi, fra cui Boyer, opinano, senza provare con il fatto la loro opinione, che nelle ferite penetranti nella bocca con lesione del condotto stenoniano di cui s' ottenga la riunione immediata, non avvenga mai o quasi mai che si rintegri il condotto ed il corso naturale della saliva, ma che questa penetri per una nuova via nella bocca ; ed avvisano altresì che

questa fistola interna abbia una massima tendenza a richiudersi e che per opporsi a ciò insino dai suoi primi periodi sia cosa, non che indispensabile, indifferibile frapporre fra i margini della ferita, nella metà interna della spessezza della guancia, una tasta od un setoncino attaccato ad un filo che sia poi fissato su la guancia e lasciarnelo a permanenza fin a che l'apertura interna per cui la saliva ha da entrare nella bocca sia divenuta callosa, intanto che la parte esterna della ferita cicatrizza prontamente, tranne nel tragetto percorso dal filo dove non può per una ragione troppo naturale succedere la guarigione se non che dopo rimosso il setone. Ma anche qui l'*eccettuazione* ha quasi preso il luogo della *regola*: perciocchè non accadde la fistola salivare esterna ne' tanti casi di ferite penetranti nella bocca con lesione del condotto stenoniano, state osservate dai sopra citati Percy, Lasserve, Portal, Bégin, Gensoul, da me stesso e da molti altri, avvegnachè non siano stati introdotti nè tasta, nè alcun altro corpo straniero fra i margini interni della ferita (1).

Non per questo è da pretermettersi che alcuni Pratici videro l'interna parte del tragitto della ferita, non mantenuta dilatata da un corpo straniero, richiudersi risultandone una raccolta di saliva nella spessezza della guancia od anche una fistola salivare esterna. Ma messa in confronto la rarità di questi casi

(1) *La facilità con cui lo sbocco esterno delle fistole così salivari come dell'ano, non penetranti quelle nella bocca e queste nell'intestino retto, tendono a riturarsi ed a dare luogo a nuovi meandri, forma un contrapposto veramente notabile con lo stento con cui si richiude lo sbocco interno di quelle medesime fistole penetranti nelle loro respettive cavità. Questa differenza dipende, se ben vedo, in gran parte da ciò che in quest' ultimo caso il foro fistoloso è in uno stato permanente d'umidità e d'ammollamento, dovechè nel primo, pel quasi continuo contatto dell'aria, pel fregamento de' corpi circostanti e per la facilità che hanno perciò gl' umori stillanti dal foro fistoloso a convertirsi in croste alla sua superficie, è esso in una continua tendenza all' increspamento, alla callosità, al richiudimento.*

con la frequenza dei loro contrapposti, bene può dirsi che il richiudersi quella interna ferita non stata mantenuta distesa da un corpo straniero costituisce quasi l'*eccettuazione* e che il non richiudersi n'è come la *regola*. E per ciò appunto che io tenni d'occhio cotest'*eccettuazione* ho sopra consigliato di fare penetrare nella bocca il filo che ha servito alla legatura dell'estremo anteriore del condotto stenoniano stato tagliato, affinchè certamente infistolisca la metà interna della ferita. Della quale proprietà del filo non può nascere alcun dubbio nella mente di chi pensa alla tendenza poc'anzi dimostrata che ha essa ad infistolire da sè senza la presenza d'alcun corpo straniero. E parimente per ciò appunto ch'io tenni di mira quell'*eccettuazione* ho subito ripudiata l'idea d'un'altra novella pratica operativa della fistola salivare, affacciatasi di passaggio al mio animo, la quale era di tagliare il condotto stenoniano tra la fistola ed il muscolo massetere, e ciò dalla parte della bocca senz'interessare la cute: la ho, dico, subito ripudiata cotest'idea per la grande difficoltà di mantenere un corpo straniero dentro la ferita. Rigermogliando però con il tempo nella mente di altri Pratici, quest'idea potrà forse, chi sa? portare un qualche utile frutto. E volendo io pure concorrere per quant'è in me a dare sostegno a questo progetto perchè non passi inosservato e non cada nell'obblìo, propongo fin d'ora il seguente correttivo terapeutico il quale, se l'amore della mia opinione non mi fa andare disavvedutamente fuori di strada, non sarà forse indegno d'essere conosciuto. Si faccia passare con un piccolo ago curvo (1) un filo incerato intorno al condotto stenoniano dalla parte della bocca e su i confini del margine anteriore del massetere; poi si tagli in un con la mucosa *buccale* il medesimo condotto tra quel muscolo e la legatura. Il filo della legatura ed il tessuto che n'è abbracciato impedendo la pronta unione della breccia, dovrebbe questa secondo ogni probabilità infistolire. Il vantaggio

(1) *Sia quest'ago impiantato sopra un manico fisso ed abbia la forma di quello di* Deschamps.

di questo modo operativo sarebbe d' evitare la cicatrice esterna della guancia, ma in quella vece esso non potrebb' esser accomodato, ed è superfluo dirne la ragione, fuorchè ai soli casi di fistole della porzione *buccale* del condotto stenoniano.

Dette queste cose intorno alle ferite penetranti nella bocca con lesione del condotto stenoniano, l' ordine richiede che prima d' andar innanzi io mi dimori ancor alquanto su le ferite non penetranti con lesione pure di quel condotto e tocchi le differenze che corrono fra le medesime in ordine ai loro risultamenti. A ciò m' induco non per mera curiosità ma perchè spero che, chiarito sì fatto argomento, rimarranno pure chiarite le cause delle tante divergenze, in parte dette ed in parte da dirsi, che divisero le menti de' Pratici relativamente alle sequele delle ferite del condotto stenoniano e sarà fors' anche vantaggiata la terapia delle medesime. Affinchè però questa materia sia stabilita sopra un principio chiaramente specificato e, se non rigorosamente, il più logicamente che fare si può dimostrato, è bene che si prenda da più larghi principii.

Già è stato detto e provato che nelle ferite penetranti bene riunite la saliva entra quasi sempre nella bocca per una fistola interna e la ragione di questo fatto è che i due estremi del condotto leso si ritirano e che per quanto bene s' uniscan i margini della ferita della guancia, è cosa, se non impossibile, difficilissima che s' adattino così bene fra sè, così bene si riuniscano che rimanga rintegrato il condotto: ma frattanto non riunendosi, l'estremo anteriore non più percorso dalla saliva bel bello si restringe e poi si tura. Così non incontra la faccenda quando la ferita della guancia con lesione del condotto stenoniano non è penetrante. In quest'emergente il condotto può essere leso a tutta sostanza o parzialmente cioè in un punto della sua circonferenza, il che in grazia della sua piccolezza debb' essere rarissimo. Nel primo di questi eventi i suoi estremi si ritirano pochissimo in grazia dell' integrità degli strati profondi della guancia a cui son aderenti e su di cui appoggiano, e nel secondo niente affatto in grazia pure della medesima circostanza, aggiuntavi l' integrità d' uno de' lati

del condotto. Ora dunque che cosa suol avere luogo in queste contingenze? Se interroghiamo in ciò la sperienza, c' insegna essa che in alcuni di que' casi, per verità rarissimi, si rintegrarono dopo la riunione della ferita esterna il condotto stenoniano ed il corso naturale della saliva, ed a questi casi pare appartengano alcuni di quelli stati riferiti da Percy. Essa c' insegna che in altri casi di lunga mano più frequenti e stati veduti da molti Pratici succedette una fistola salivare esterna. Essa c' insegna che in altri casi stati particolarmente osservati da Garnier e da Percy, la saliva si raccolse nella spessezza della guancia formando un *laghetto* salivare intorno ed in mezzo ai due estremi alquanto ritirati del condotto, nel quale l' estremità parotidea versava la saliva che è stata alle volte veduta imboccare nella estremità *buccale* o spontaneamente o durante una moderata pressione fatta su il tumore molleggiante della guancia. Essa ci insegna che occorrendo la fistola esterna, questa, ove non guarisca ne' primi tempi dall' accidente, suole più tardi esigere, per essere guarita, un' operazione cruenta per ciò che la porzione *buccale* non più percorsa dalla saliva si restringe. Essa c' insegna finalmente che senza l' opportuna operazione rara cosa è che guarisca l' ora detto *laghetto* salivare. Ciò è che la sperienza c' insegna, nè più nè meno. So che l' essere la ferita ben o mal unita, regolare oppure lacerata o contusa, con o senza perdita di sostanza, conseguitata da flogosi grave o mite, ecc. genera una qualche differenza negl' esiti sopra mentovati; ma è qui mio intendimento di discutere il principio e non le sue eventuali differenze. Altronde io dichiaro qui una volta per sempre che in tutte le cose finor esposte ed in quelle che saran ancor a dirsi io tenni e terrò soltanto di mira le ferite capaci d' unione immediata e state esattamente unite, e non già le ferite abbandonate alla natura o dall' arte appositamente non curate. In questi ultimi casi chi non iscorge subito come debbano sempre o quasi riescire alla fistola esterna non tanto le ferite non penetranti, ma pur esse le penetranti le quali bene accudite quasi sempre riescono alla fistola interna? So eziandio che

per ristabilire il condotto naturale e per antivenire la fistola alcuni Pratici hanno consigliato tanto nelle ferite penetranti quanto nelle non penetranti, più ancora in queste che non in quelle, d'introdurre una minugia nel condotto diviso conducitrice della saliva nella bocca, e ciò prima d' unire la ferita esterna, ma so altresì che ingegnoso in teoria, questo compenso è fin qui riescito a pochissimo od a nulla nella pratica : e la ragione della sua inutilità è che, se la minugia è piccola, sdrucciola e, se grande, tura il condotto e provoca più presto lo stravasamento della saliva che è destinata ad impedire.

Affinchè infruttuosa non sembri questa lunga digressione raccogliendone io le principali parti ne deduco queste conchiusioni corollarie che nelle ferite penetranti nella bocca con lesione del condotto stenoniano il migliore partito è quello di rintracciarne l' estremità *buccale*, d' afferrarla, di legarla, di fare passare il filo della legatura nella bocca e poi d' unire la ferita esterna ; oppure, occorrendo che anche cercandola con istudio sia indiscernibile, d' afferrare e di legare una porzioncella di tessuto circostante a quell' estremità e di condursi nel rimanente come è stato pur ora detto. Ne deduco che nelle ferite non penetranti con lesione del medesimo condotto il più saggio consiglio è quello di renderle penetranti tagliando del tutto il condotto se è parzialmente diviso, e poi di regolarsi appuntino in ordine al medesimo come ne' casi testè citati delle ferite penetranti. Ne deduco in fine che per certo non debb' essere ritroso a seguire quest' avvedimento ogni Pratico il quale, non contento de' pochissimi casi in cui la totale guarigione fu il frutto della semplice unione delle ferite non penetranti, fa molto maggiore stima de' casi di lunga mano più frequenti in cui la sola unione della ferita fu seguita da un *laghetto* salivare o da una fistola omonima esterna. La bontà di questo avvedimento, stato teoricamente inculcato anche da Boyer, mi venne confermata da un caso che io descrivo qui con brevi parole. Un militare, stato sempre per l' addietro un fiore di salute, rilevò duellando con la sciabola, ormai due anni, una grave ferita nella guancia sinistra, non

penetrante nella bocca, ma con lesione del condotto stenoniano a tutta sostanza. Eran i margini della ferita piuttosto tra sè discosti. La porzione anteriore del condotto fuggendo le mie prime indagini, io stetti contento ad afferrare e ad allacciare un piccolo viluppo di tessuto che l' anatomia m' indicava corrispondere pressappoco alla sede naturale della medesima. Ho dopo ciò tagliati con un' incisione piuttosto ampia gli strati profondi della guancia, poi introdotto nella bocca il refe e poi unita la ferita esterna con la sutura intorcigliata. Questa cicatrizzò in cinque giorni ed estratto ivi a quindici giorni il filo dal lato della bocca, perfetta e permanente funne la guarigione. Fatto dopo altri quindici giorni il cateterismo del condotto stenoniano, mi accorsi ch' era esso stato turato e che la saliva entrava nella bocca per una via novella.

Non taccio che, se il sopra citato Boyer consigliò l' incisione degli strati profondi della guancia in tali o somiglianti casi, egli poi non parlò della legatura della porzione *buccale* del condotto ed in quella vece propose di mantenere nella parte profonda della ferita uno stuello, ritenuto al di fuori su la guancia con listerelle emplastiche. Ma senz' aspettare la decisione dal tribunale del tempo chi non vede che questo filo impedendo la totale unione della ferita esterna non può esser anteposto al mezzo per me proposto con cui, nel mentre che s' ottiene una fistola interna, si consiegue pure l' unione immediata della ferita esterna ?

Ritornando ora più particolarmente a quello onde divertimmo cioè all' argomento della fistola salivare, dico che con il corredo delle idee e delle osservazioni fin quì emesse non vi voleva molto a vedere come la sopra descritta pratica operativa che stava in idea nel mio animo s' offrisse con tutta la probabilità d' un' utilità certa. Non vi voleva neppure molto a vedere che, sebbene l' arte non debba di primo lancio provare con una *sperienza diretta* su l' uomo l' efficacia d' un compenso operativo, qui però cotest' efficacia era stata anticipatamente dimostrata con una certezza quasi uguale a quella che risulta

dalla sperienza diretta. Laonde mi tardava che favorevole mi s' offrisse una congiuntura per attuare l' ideato e già stagionato progetto, e questa appunto s' è a me offerta. La Madamigella N., su i 17 anni, nata da un' onoratissima famiglia, dotata di temperamento nervoso-linfatico, bene menstruata, non stata mai soggetta ad alcuna malattia di rilievo, mi consultò, è un anno e mezzo circa, per ottenere la guarigione d' una fistola salivare collocata in distanza d' alcune linee dal margine anteriore del muscolo massetere sinistro, dalla quale era ella, già diciannove mesi, tribolata. Una diuturna flogosi ulcerativa dell' interno della guancia, generata credibilmente da un dente molto acuminato che era spuntato dalla faccia anteriore dell'arco alveolare in corrispondenza dello sbocco del condotto stenoniano, erane stata la cagione probabile. Eseguita senza mettere tempo in mezzo l' operazione in conformità del secondo modo operativo stato per me sopra descritto e poi adoperata la sutura intorcigliata con le listerelle emplastiche e con altre avvertenze solite ad usarsi in tali o somiglianti casi, s' ottenne la riunione immediata della ferita esterna: poi con la cauterizzazione superficiale della fistola tre volte ripetuta con il nitrato d'argento, questa cicatrizzò in meno di dieci giorni e, levato via dal lato della bocca a capo di diciotto giorni il filo in essa pendente il quale aveva servito a legare l' estremità *buccale* del condotto, si conseguì una guarigione finale e stabile.

La cicatrice della guancia, superstite all' operazione, è appena visibile od è poco più visibile di quella che risulterebbe dal taglio d' un rasoio ben affilato.

Sebben io abbia già percorsa, prestantissimi Dottori ed onoratissimi Colleghi, la maggiore parte della via che mi ho prefisso di battere; sebben io abbia già parlato della *ragione terapeutica* e del meccanismo della pratica operativa che ho proposta, sarei tuttavia ancor in principio di cammino, nissun utile avrei ancor arrecato ove non mi riescisse di dimostrare che quella *ragione terapeutica* è in cotesta pratica più filosofica che non in quelle che furono fin qui abbracciate e che forse

più semplice n' è altresì il *meccanismo*. La quale cosa togliendo a provare, m' è forza, affinchè la verità emerga da un adequato confronto, metter a vaglio i metodi operativi generalmente abbracciati per guarire la fistola del condotto stenoniano e stati, sono per dire, canonizzati dall' uso, immarginandovi a luogo a luogo alcune riflessioni e castigate induzioni: il che io farò con la maggiore brevità possibile per non abusare della vostra pazienza. Me fortunato se a questo punto non ne ho già abusato.

Quattro sono le principali *vedute* a cui accennano tutte le pratiche e tutti i metodi fin qui conosciuti. La prima *veduta* è di chiudere l' orifizio della fistola o con la cauterizzazione o con le iniezioni spiritose irritanti o con la sutura intorcigliata: la seconda di guarire la fistola *atrofizzando* la parotide ed annientando il suo uffizio con la compressione di questa ghiandola ovvero con la compressione o con la legatura del condotto stenoniano: la terza di guarirla disturando il condotto naturale: la quarta di guarirla con la formazione d' un nuovo condotto o supplendo la fistola esterna con una interna che le serva di canale di derivazione e le permetta di cicatrizzare. Le sole fistole che non entrino per una rara eccettuazione in sì fatte vedute, sono quelle che nascono da un corpo straniero generato nel condotto stenoniano o dal di fuori introdottovi. Molte fra le pratiche che si diranno fra poco con cui si soddisfa a quelle *vedute*, portarono, quale più quale meno, un qualche utile frutto: dire il contrario contro l' autorità d' uomini fededegnissimi e sperimentatissimi sarebbe opera d' un colpevole Pirronismo: quasi tutte però fallirono sovente alle speranze dell'arte. Voglio credere che ciò sia alle volte derivato da che si cercò in ciascheduna un' efficacia assoluta in tutti i casi e non relativa ai casi particolari. Voglio credere che sia altre volte derivato da ciò che si frantesero o si scambiarono le indicazioni che ora l' una ora l' altra addomandavano. Ma son altresì fondato in buone ragioni per credere che siane stato più volte causa un vizio inerente alla loro natura. Vediamo di ciò la verità ed aggiungiamo ancora strada facendo quest' esame a quello che abbiamo sopra annunziato.

Prima veduta. La fistola del condotto stenoniano può essa guarire mediante la cauterizzazione fatta con il ferro rovente o con trocischi di minio o con altre sostanze caustiche? Può essa guarire mediante le sole iniezioni spiritose irritanti e la sola sutura intorcigliata? In ordine alla cauterizzazione, se ascoltiamo Louis, Munnichs, Lentilius, Lange, Mosque, Diemerbroeck, Nuck, Ferrand, Nédel, Mursinna, Jourdain, Lallement, Langenbeck, Desormeaux, la quistione è sciolta affermativamente: ciascheduno di questi Pratici riferì avere guarita la fistola salivare con la cauterizzazione sola od insieme con la compressione: dovechè, dando retta a Roonhuysen, Monro e soprattutto a Gendron, questo mezzo ha bensì guarite fistole della parotide, il che è pure attestato da Galeno, Fabrizio d' Acquapendente, Boyer e da altri (A), ma non quelle del condotto stenoniano.

(A) Poichè favorevole mi s' offre l' occasione riferirò quì in un modo del tutto compendioso due casi di fistole salivari parotidee per me, dopo la stampa di questa memoria, risanate nella Clinica con la cauterizzazione.

Caso I. Emanuele Bernard: contadino: anni 32: temperamento bilioso-sanguigno: costituzione robustissima: nato da parenti sani in un borgo dell' alta Morienna in Savoia: sofferse il vaiuolo nella età d' anni 8 che lasciò dopo di sè una macchietta nella parte interna ed inferiore della cornea dell' occhio sinistro con un poco di impedimento nella vista. Sano del resto fin ai 26 anni in cui per vicissitudini atmosferiche rilevò un' angioitide grave, la quale, negletta per tre giorni, fu seguita da parotitide destra: assalita allora con mezzi insufficienti cioè con un solo salasso dal braccio, l'angioparotitide s' aggravò, i tessuti molli del lato destro della faccia resisi compartecipi del male e compresi da flemmone risipolatoso crebbero in un volume enorme ed ebbe principio un lavorio purulento nella parotide. Cotesto lavorìo aggiunto al fondo flogistico preesistente spinse la concitazione febbrile ad un così alto grado che si praticarono venti salassi (!!): questa cura che, praticata in tempo utile, avrebbe domato il male, fu, troppo tardi adoperata, impotente ad impedire l' ascesso della parotide. Aperto questo con la lancetta, ne stillò pus in grande copia per dieci giorni e poi si chiuse. Continuando però a raccogliersi nel suo interno materia purulenta mista con saliva, ricomparve dopo altri dieci giorni

Credo che Gendron siasi lasciato trasportare oltre ai precisi termini della verità e credo pure che, sebbene più utile nelle fistole della parotide, la cauterizzazione può però mettere bene

una nuova raccolta su la sede della parotide destra, la quale con il soccorso di cataplasmi mollitivi s' aperse da sè nella parte posteriore della ghiandola al disotto del lobulo dell' orecchia e l' apertura si convertì in una fistola salivare che, refrattaria alle reiterate introduzioni di trochisci di minio, refrattaria alle injezioni irritanti ed escarotiche per lungo tempo continuate, durò per lo spazio di sette anni cioè fin al mese di marzo 1843 in cui il Bernard riparò alla Clinica, essendo nel seguente stato di cose: guancia destra più tumida della sinistra ed indurata per versamento di linfa plastica tanto nel tessuto della parotide quanto nel tessuto cellulare circostante: apertura fistolosa larga a segno da capire il dito pollice e collocata nella parte posteriore della parotide al disotto del lobulo dell' orecchia: molto calloso è il contorno della fistola e scorgonsi nel suo fondo alcuni acini della ghiandola coperti da una pellucida membranella da cui stillava saliva, principalmente nell' atto della masticazione: l' ammalato si lagnava, il che non è frequente nella fistola salivare, d' asciugaggine della parte corrispondente della bocca: da tre anni le digestioni, in prima facilissime, erano notevolmente turbate. Tutte queste circostanze c' indussero a credere che molti e cospicui fossero i dutti salivari *entroparotidei* tocchi di crepaccio fistoloso. Ai 14 di marzo, previa la dilatazione della fistola, io ne cauterizzai ben bene con il cauterio attuale il fondo ed i margini, e ciò in presenza della Scuola. La riazione traumatica fu mite: l' escara si distaccò al sesto giorno e lasciò dopo di sè un' ulcera semplice la quale si coperse presto di bottoncini carnosi d' indole buona e dispiegò la massima tendenza alla cicatrice che 25 giorni appresso era compiuta senz'alcun altro compenso dell' arte fuorchè quello di due o tre toccamenti superficiali con il nitrato d' argento. Dopo la cauterizzazione lo scolo della saliva cominciò in su le prime a rallentare e poi cessò del tutto prima ancora che la cicatrice fosse compiuta. Scomparve pure del tutto il senso d' asciugaggine del lato destro della bocca: la digestione migliorò: l' ilarità sottentrò all' abbattimento nell' animo dell' operato il quale prese ai 10 d' aprile di dett' anno congedo dalla Clinica, non altro rimanendogli fuorchè un poco d' induramento nel tessuto circostante alla parotide che, come seppi di poi, svanì nel termine di due mesi (Le notizie di questo caso sono state registrate dal Dottore Bernardo Bottini, ora Medico di Battaglione).

in qualche fistola del condotto stenoniano. Entran in questo novero alcune delle fistole già sopra mentovate le quali conseguitano una ferita non penetrante nella bocca e sono scompagnate, almeno ne' primi tempi, da restringimento o chiusura del condotto stenoniano. Nè vi vuole molto a vedere che altre pur entran in questo novero, ove vi piaccia ricorrere all' analogia di quanto succede nell' uretra. Certamente le fistole dell' uretra spontanee o non dipendenti da causa traumatica movono quasi sempre da ostacoli organici permanenti *entruretrali*, ma pure qualche volta pervio è questo canale o perchè una flogosi lenta lo abbia ammollato ed esulcerato in un punto senza turarlo (1) o perchè una novella flogosi acuta lo abbia disturato

Caso II. Maria Anna Valle, da Cumiana: contadina: anni 14: temperamento linfatico-sanguigno: stata soggetta nella prima infanzia a buganze pertinaci ed a croste al capo: ai 13 anni le si manifestò senza nota causa un tumoretto molle, pastoso, indolente al disotto del lobo dell' orecchia destra, dietro il margine posteriore della branca montante della mandibula, che, scambiato con una semplice infiammazione d'una ghiandola conglobata, si curò con i mollitivi ma in vano. Due mesi dopo si manifestò sei o sette linee più sotto un ascesso che, apertosi da se, dava uscita a saliva in tanto maggiore copia quanto maggiori eran i movimenti della mandibola: usciva soprattutto abbondante nella masticazione d'alimenti solidi. Essendo stati vani a cessare quello scolo i cerotti adesivi e la cauterizzazione con il nitrato d'argento, la Valle riparò alla Clinica ai 9 di marzo 1849. Non ci volle molto a riconoscere che lo stretto tragetto della fistola era della lunghezza di sette od otto linee e che dal disotto dell' angolo della mandibola saliva contro la base della parotide. Bastarono tre cauterizzazioni con uno specillo rovente, praticate alla distanza di cinque o sei giorni l' una dall' altra in presenza della Scuola, per ottenerne una compinta guarigione. Non altro più avanzando fuorchè un cordoncino indurato lunghesso i tessuti in prima occupati dal tragetto fistoloso, la Valle prese congedo dalla Clinica ai 9 d' aprile di dett' anno (Le notizie di questo caso furono registrate dal Dottore Prelli, ora Ripetitore nel Reale Collegio delle Provincie).

(1) *Offrivasi a me, ormai cinque anni, un vecchio non stato soggetto a mali dell' apparato uropoietico, in cui dopo un' uretro-*

fondendo i preesistenti ostacoli o perchè una flogosi ulcerativa sia dalle parti circostanti giunta ad un punto della parete uretrale : ora dunque che in questi casi per certo non frequenti possa la cauterizzazione del tragetto fistoloso sola od avvalorata dal catetere guarire la fistola orinaria, ella è cosa razionale ed aggiungiamo pure sperimentale. Il che stando, chi ha provato che un consimile stato morboso, correggibile con la cauterizzazione del tragetto fistoloso, non possa accadere nel condotto stenoniano? Chi ha provato che una flogosi ulcerativa la quale dalle parti adiacenti si diffonda al medesimo condotto o dall'interno di questo verso di quelle si prolunghi, non possa traforarne in qualche punto le pareti e generare una fistola senza ch'esso rimanga turato? La testè addotta analogia non prova essa il contrario? Nè solo l'analogia ciò prova, ma un fatto occorsomi conferma pur esso l'analogia. Presentavasi a me, volgono ora quattr'anni, un merciaiuolo travagliando di fistola della porzione anteriore del condotto stenoniano con carni escrescenti. Esplorato questo condotto con una tasta d'argento, lo rinvenni libero da ostacoli. Presi quindi il partito di cauterizzare la fistola con il nitrato d'argento il quale sembra debba anteporsi ad altri caustici perchè genera un'escara secca e circoscritta all'apertura fistolosa di cui leva via il vecchio inerte integumento, provocando la superficie viva sottoposta a nuova azione adesiva e granulante e formando nel tempo stesso un temporaneo coperchio che impedisce l'uscita della saliva. La guarigione fu il seguito di cotesto compenso, ripetuto quattro volte, ancora a grandi intervalli di tempo, giuntavi però l'azione di qualche liquore astringente e la compressione per dare alla natura il tempo di compire la cicatrice prima della caduta dell'escara. Conchiudo dunque che il condotto stenoniano fistoloso non è sempre ristretto o turato. Conchiudo in favore dei fatti stati

cistitide lenta si manifestò una fistola orinaria al perineo. Non per ciò, esplorata l'uretra, ho potuto con tutta facilità introdurre in vescica un catetere del diametro di quattro linee.

riferiti dai sopra citati Pratici e contro l'opinione di GENDRON, che nei casi in cui il condotto è libero da ostacoli può la sua fistola guarirsi con la cauterizzazione. Ma conchiudo nel tempo stesso che, siccome non frequenti occorron i casi di fistola salivare senz'ingombro del condotto stenoniano, ed è essa inutile, non vale il dirlo, allorchè questo è turato, bene ristretta è la sfera d'azione della cauterizzazione come mezzo di cura radicale. Ora, ciò posto e per naturale legge irrevocabilmente posto, per quali caratteri, mi dirà chi ama l'utilità delle lunghe digressioni, potran esse distinguersi le fistole salivari sanabili con la cauterizzazione da quelle che non lo sono? La risposta è facile: s'esplori il condotto stenoniano e s'è desso libero si ricorra a quel compenso, se non, no. Possono le cose dette intorno alla cauterizzazione trasportarsi a favore delle iniezioni irritanti spiritose, salvo che di queste molto minor è la virtù curativa che non di quella. Possono pure trasportarsi e con migliore diritto a favore della sutura intorcigliata.

Seconda veduta. Lo scopo di sospendere per a tempo il corso della saliva e così levare l'ostacolo ch'essa fa alla chiusura della fistola, suggerì a MAISONNEUVE il progetto di praticare una pressione pur essa temporanea, non già su la fistola, com'era stato da alcuni inutilmente tentato, ma tra questa e la parotide su la parte sana del condotto. Egli scrisse aver in simile guisa risanata una fistola consecutiva ad una sciabolata. Però questo fatto è esso conchiudente? Può l'arte fare gran conto di questo progetto? Io non lo credo per le seguenti ragioni. Eseguita con lo stromento di PIPELET o con un cerchio elastico d'acciaio o con semplici compresse e fasciature, in somma, comunque eseguita, la compressione del condotto stenoniano è essa la cosa facile, la cosa innocente? Chi di noi ignora gl'inutili sperimenti che ne ha fatto MONTEGGIA? Chi di noi ignora i due casi consegnati nei Volumi terzo e quinto della celebre Accademia di Chirurgia da cui risulta come quella compressione sia stata seguita da un prontissimo e gravissimo gonfiamento del volto? MAISONNEUVE non ha egli obbliato di dirci

come si fosse sincerato che il condotto stenoniano era veramente stato per a tempo obliterato? Non ha egli obbliato di dirci se la ferita della guancia fosse o no penetrante, se quella del condotto fosse parziale o totale? Se era essa per avventura parziale o penetrante, chi dopo le cose state sopra esposte non comprende che poteva guarire da se senza pressione? Dunque quel fatto non è conchiudente. Dunque l' arte, checchè altri ne giudichi, non debbe farne gran conto. E di ragione, da Maisonneuve in poi pochi Pratici abbracciaron il suo progetto e que' pochi non ne furono soddisfatti. Conchiudasi dunque che, utile nelle fistole della parotide, come videro Beauprê, Le Dran, Ruffin ed altri, la compressione del condotto stenoniano ha fin qui soltanto servito alla Storia e non all' utilità dell' arte in ordine alle fistole del medesimo condotto.

Parimente lo scopo di guarire le fistole del condotto stenoniano sospendendo il corso della saliva ha suggerito a Desault l' idea d' esaurirne la sorgente rendendo atrofica la parotide con la compressione. Ma quantunque sia stato citato un fatto pratico in appoggio della sua utilità, questa pratica non levò però alcuna fama di sè, non fece albeggiare un' aurora novella nella Medicina operativa e morì nascendo in forza della corruzione inerente alla sua natura. Di fatto, oltrachè in un caso in cui quella pressione venne adoperata da Desault (si noti Desault) procurò essa intollerabili dolori che ne fecero abbandonare l' uso; oltrachè crede Heuermann ch' essa debba provocare ascessi, ulcerazioni e peggio, Boyer di cui è noto il purgato giudizio pensa non essere stata nel caso di Desault esaurita la sorgente della saliva e l' opinione di Boyer parrà assai verosimile a chi riflette come la parotide in grazia della sua forma e giacitura debba in parte sottrarsi all'azione *atrofizzante* della pressione. Lo annientar altronde un organo non è forse l' ultimo de' fini che debbe prefiggersi l' Operatore (A)?

(A) Se è da farsi poco conto della pressione per il fine di cui qui si tratta, non è a dirsi lo stesso della pressione della pa-

Zang calcando le orme di Maisonneuve e di Desault e riflettendo quanto sian instabili gl' effetti della compressione, propose, con l' intendimento d' esaurire la sorgente della saliva nella parotide, e portò a cielo la legatura del condotto stenoniano secondo il metodo di Wiborg che consiste nello scoprire e nell' isolare con incisioni parallele al margine anteriore del massetere il condotto e poi nel legarlo evitando il rametto del nervo facciale che scorre parallelo al lato superiore del medesimo. Se non può negarsi che con questo metodo s' ottenga più certamente l' intento di sospendere il corso della saliva che non con le pratiche di Maisonneuve e di Desault, è però vero che, non andand' esso esente dagl' inconvenienti di queste cioè dal ringorgo della saliva, dalla distensione de' condotti in cui questa scorre, forse dall' infiammazione e dall' ulcerazione della parotide, certamente dall' esaurimento d' una sorgente di saliva, non ebbe eco e cadde nel total obblio. Eppure ognuno s' accorge che il metodo di Zang, se non è immarginato con il mio, vi fa scala. Bastava che, legato il condotto stenoniano, egli lo tagliasse tra il nodo e la parotide, poi incidesse gli strati profondi della guancia, poi introducesse il filo della legatura nella bocca ed in fine riunisse la ferita esterna, bastava di ciò perchè il suo metodo, ora inutile, tornasse profittevole.

A proposito della pratica della legatura fuvvi chi propose di scoprire e di legare il condotto stenoniano verso la sua *origine* e poi, una volta disteso dalla ringorgante saliva, d' aprirlo dal lato della bocca. Questo metodo non si merita per molte ragioni una seria confutazione. Chi non vede che legando il condotto nell' origine questo metodo è, non che impraticabile, intentabile in tutte le sue parti per l' impossibilità di toccare dal lato

rotide diretta a vincere una fistola salivare della medesima. In questo caso la vidi più volte utile, specialmente in una tale Carolina Vinone da Caselle di cui l' osservazione sarà più innanzi in modo d' annotazione registrata dove si farà menzione d' un *Tumore erettile del collo stato guarito con le injezioni di vino aromatico.*

della bocca la porzione del condotto dilatato in grazia della spessezza del massetere su cui appoggia. E supponendo pure, anche con certezza di falsa supposizione, che fosse praticabile e tentabile, sarebbe contrindicato per il guasto che ne deriverebbe alle carni del massetere e perchè è cosa provata dalla sperienza che l' apertura fistolosa stabilita a traverso del massetere non è duratura. Se, per tirare questo metodo con gli argani e per renderlo più facile e più largo che non lo fece lo stesso suo Autore, noi ammettiamo che la legatura del condotto si pratichi, non già nella sua *origine*, ma nella sua parte anteriore, è facile a vedersi ch' essa debbe cadere in vicinanza dello sbocco del medesimo condotto perchè il ringorgo della saliva possa distendere quella delle sue porzioni che è tra la legatura ed il massetere, la sola che distesa e tondeggiante possa essere toccata e punta dal lato della bocca. Ma è pure facile a vedersi che in questi casi quel metodo non può esser applicato fuorchè a pochissime fistole salivari. Finalmente supponendo fattibile ciò che non è cioè supponendo che si possa dal lato della bocca pungere in tutti i punti il condotto stenoniano disteso dalla ringorgante saliva, è ancora cosa facile a vedersi dietro le cose state altrove toccate che alle volte quella puntura od incisione che vogliasi, non mantenuta dilatata da alcun corpo straniero, potrebbe richiudersi.

Terza veduta. Louis trasportando nella cura delle fistole salivari le idee di Méjan intorno alle fistole lagrimali, propose di disturare il condotto stenoniano con un setone gradatamente crescente di volume e fatto passare dal suo orifizio verso la fistola od all' opposto. Ebb' egli ad imitatori Morand, Ferrand, Dubois. Parimente alcuni fra i moderni proposero di disturare il condotto stenoniano con la cauterizzazione ad imitazione di ciò che si fa quotidianamente nella cura degl' ostacoli dell' uretra. Però alcune ragioni fecero che cotesti progetti non fossero fin qui attuati. Tanto il setone quanto la cauterizzazione sono di difficilissima e per lo più d' impossibile applicazione: in ciò tutti convengono. Essendo gl' ostacoli organici del condotto

stenoniano molte volte generati da cicatrici, si sa come siano difficili a vincersi con la dilatazione e con la cauterizzazione del condotto ed, una volta vinti, facilissimi a riprodursi. Tant' è: questi progetti essendo stati praticamente quasi inutili alla Scienza, ebbero fin qui pochissimi fautori e, se non avviene che si scoprano d'or innanzi modi più facili e più semplici d'attuarli con utilità scemandone gl' inconvenienti, essi, a malgrado che mirando al fine di rintegrare le vie naturali s'offrano di prima giunta più razionali, saranno sempre posposti alle pratiche che diremo or ora, di cui il fine è di guarire la fistola salivare mediante una via artifiziale.

Io metto in fuori di questa conchiusione i soli casi di fistole dipendenti da corpi stranieri turanti il condotto, come calcoletti, una resta di pesce e simili, nei quali basta l'estrarli perchè rimangano questo disturato e quelle risanate.

Quarta veduta. Riflettendo molti Pratici all' azione nulla o lenta od incerta de' mezzi fin qui esaminati, soprattuto ne' casi che son i più frequenti in cui il condotto è ristretto o turato oppure in parte distrutto da scottatura, da cancrena, da ferita con perdita di sostanza, ecc.; riflettendo eziandio che così nelle fistole salivari come nelle lagrimali è cosa indifferente che le lagrime e la saliva colino, quelle nelle fosse nasali e questa nella bocca, per le vie naturali o per una via artificiale, in ciò diverse coteste fistole dalle orinarie di cui non si può ottenere una perfetta guarigione senza rintegrare il canale naturale; a ciò riflettendo, dico, molti Pratici entrarono, già gran tempo, nell' opinione che un metodo operativo tendente a stabilir un condotto artificiale alla saliva avesse a sortir un migliore e più pronto effetto. Da qui nacquero varie pratiche aventi alcuni caratteri *comuni* ed altri *speciali*. I caratteri comuni a tutte sono di perforare con istromenti di diversa natura la parete della bocca nella sede fistolosa e poi d'introdurre in quella via corpi stranieri pur essi di diversa natura e di lasciarveli a permanenza fin a che non sia essa diventata fistolosa (1). I ca—

(1) *La sola pratica che faccia a ciò eccettuazione è quella di* Deroy *che consiste nel perforare la guancia con un ferro rovente risul-*

ratteri poi speciali sono che in alcune di quelle pratiche il corpo straniero introdotto nella via artificiale con lo scopo testè annunziato è ritenuto al di fuori su la guancia o con una minugia o con un filo o simili, così che ne risulta che l'orifizio esterno della fistola è l'ultimo a richiudersi, non potend' esso cicatrizzare finchè non sia stato levato di mezzo quel corpo straniero. Dovechè in alcune altre pratiche questo corpo s'introduce soltanto nella parte interna del condotto artificiale, epperciò l'orifizio esterno della fistola può prontamente cicatrizzare. Esaminiamo brevemente queste pratiche e diciam innanzi tutto delle prime cioè di quelle in cui il corpo straniero è ritenuto al di fuori su la guancia, fra cui s' annoverano principalmente quelle di Monro, Platner, Tressart, Flajani, Desault, Richter, Atti.

Formola della pratica–Monro. Si trafora la guancia con una lesina e ciò nella sede della fistola e nella direzione naturale del condotto stenoniano; poi, in vece del setone, si fa passare per la ferita un cordoncino di seta che, resosi calloso il tragetto, si leva via: dopo ciò s'adoperano i mezzi atti a fare cicatrizzare l'orifizio esterno. Platner abbracciò cotesta pratica aggiungendovi la pressione su l'orifizio esterno della fistola e gargarismi alcoolici per accelerar il callo dell' orifizio interno del nuovo condotto. La abbracciò pure Tressart associandovi solamente l'uso delle listerelle emplastiche per chiudere la fistola esterna. La abbracciò Flajani con questa sola differenza ch' egli consigliò di trapassare la guancia con un ago munito d'un doppio filo di seta. La abbracciarono in fine Cheselden, Bell, Siebold con qualche piccolo cangiamento nella forma dello stromento perforatore.

tandone una perdita di sostanza ed un largo condotto artificiale il quale non abbisogna d'essere più oltre dilatato con corpi stranieri. Ma cotesta pratica, forse di tutte quelle che si diranno la più antica, non ottenne il trionfo su l'obblio come quella che poteva irreparabilmente danneggiare la porzione parotidea del condotto nell'atto della cauterizzazione e che, vero fogliame senza frutto, non lasciava dopo di sè fistola interna permanente.

Formola della pratica-Desalut. Si fa passare con un trocarre da idrocele un filo a traverso della guancia; poi, fissata una tasta all' estremità interna del filo tirata dalla bocca, s'introduce la tasta nel fondo della fistola in modo da non farla uscire dal suo orifizio esterno: dopo ciò si ritira e si ripone ogni giorno quella tasta aumentandola per gradi di volume e poi s' abbandona del tutto lasciando ancora per alcuni giorni il filo conduttore nella fistola. Richter s'aderì alla pratica-Desault se non che per ricevere e sostenere la punta del trocarre introduceva egli nella bocca un pezzuolo di sughero e per la fistola un setone ch' aumentava per gradi e che ritirava poi allorchè il nuovo canale era calloso cauterizzando quindi la fistola esterna od unendola, previe scarificazioni.

Formola della pratica-Atti. Si fa passare a traverso della guancia mediante la cannula d' un piccolo trocarre un tubo di piombo avente più fori laterali, fissato nella ferita da un filo ordinario attaccato alla sua estremità esterna e diviso nella sua estremità interna per la lunghezza d' una linea in tre parti le quali rovesciate nella bocca a foggia d' uncino impediscono che il filo lo ritiri dall' orifizio esterno della fistola. Dopo qualche tempo si leva via il filo esterno e si procura con i toccamenti di nitrato d' argento che la fistola della guancia cicatrizzi. Frattanto il tubo di piombo abbandonato a sè cade più o meno presto in bocca, superstite un nuovo canale capace di supplire il naturale.

Gl' inconvenienti di tutte queste pratiche, tra cui la più ingegnosa è forse quella del nostro Italiano Atti, son i seguenti: in tutte rimane aperta dal principio sin alla fine della cura l'orifizio esterno della fistola e va perciò fallito uno de' precipui scopi dell' arte che è di richiudere il più presto possibile cotest' orifizio (1) La guarigione è assai più tardiva per ciò che,

(1) *Vero è che cotesto disacconcio può così facilmente essere non soltanto evitato ma convertito in un acconcio che fa veramente meraviglia come non siansi spontaneamente presentati all' animo di tanti*

formato il nuovo condotto, rimangon a mettersi in opera i mezzi diretti a richiudere l'ora detto orifizio e non sempre questi mezzi son efficaci, come fanno testimonianza le asserzioni di più Pratici. Debbe la guancia in tutto il tempo della cura rimanere coperta da listerelle e da altri mezzi di medicazione, e cotest'impiastricciamento non vale il dire quanto sia dispiacevole all'ammalato, soprattutto se di sesso femminino.

Quindi è che molti Pratici si travagliarono con sollecitudine, già gran tempo, per cessare quegl'inconvenienti e per ottenere un nuovo condotto con corpi stranieri introdotti nel fondo del medesimo, libero rimanendo l'orifizio esterno, e frutto delle loro cure furono le seguenti pratiche operative, dovute specialmente a DUPHÉNIX, G. L. PETIT, RICHTER e LATTA.

Formola della pratica-DUPHÉNIX. Si trapassa la guancia dall'alto al basso e dal davanti all'in dietro con un gamautte di lama lunga e stretta che si fa penetrare quasi succhiellando e più fiate voltar in giro per ingrandire la fatta apertura: poi s'introduce nella ferita una cannula argentea, tagliata alla foggia d'una penna da scriver e destinata a condurre la saliva nella

Chirurghi i seguenti mezzi a ciò adatti. Siavi un piccolo tubo metallico o meglio in gomma elastica, avente un' estremità turata e l'altra aperta: stiano fissi nella sua estremità turata due fili lunghi un mezzo palmo e su i lati della medesima sianvi due o più occhielli alla maniera de' cateteri. Una volta cruentata la fistola e perforata la guancia, s' introduca quel tubo in modo che la sua estremità turata *stia al piano del tessuto celluloso sottocutaneo e l'*aperta *al piano della mucosa* buccale. *Ciò fatto, in vece di fissar i due fili su la guancia, come solitamente si fa, s' infilino con un ago separatamente e si facciano passare a traverso de' margini della ferita esterna, e ciò anche separatamente cioè uno per ciaschedun margine; quindi s' annodino su la ferita riunita. In questa guisa i due fili servon a fissar il tubo ed in concorso con due o tre aghi da sutura intorcigliata; collocati sotto e sopra, coadiuvano all' esatta unione della ferita. Confesso ch' io aveva non poco accarezzata questa modificazione prima che non mi fosse entrata nell' animo l' idea della novella pratica di cui ho sopra tessuta la descrizione.*

bocca, di cui l' estremità esterna, nascosta nella spessezza della guancia, debbe corrispondere all' orifizio parotideo del condotto.

S' uniscono quindi con la sutura intorcigliata i margini dell' orifizio esterno stati prima recisi. Abbandonata a sè, la cannula cade dopo qualche tempo nella bocca, succedendone la guarigione. In un caso da Duphénix riferito cadde essa nel decimosesto giorno. Da questa non punto diversa è la pratica di Bilguer, salvo che la cannula da esso lui raccomandata è in piombo.

Formola della pratica-Petit. Traforata la guancia, si dilata e si mantiene dilatata l' apertura interna introducendovi ogni giorno un minuzzolo di spugna fin a che la fistola non sia guarita.

Formola della pratica-Richter. S' introduce una cannula in oro od in argento nella fistola per l' apertura della bocca e vi si lascia a permanenza. Questa cannula è conica: la sua piccola estremità guarda la bocca e la grande l' orifizio esterno della fistola: quest' ultima estremità è tagliata obbliquamente com' una penna da scrivere perchè non turi l' orifizio della porzione parotidea del condotto e la prima è in forma di bottone perchè non retroceda verso l' orifizio esterno. Richter ricorreva a questa pratica ne' casi soltanto in cui la fistola era refrattaria al setone ch' egli generalmente preferiva, com'è stato detto sopra.

Formola della pratica-Latta. S' introduce una minugia a traverso della guancia e si fa imboccare nell' orifizio della porzione parotidea del condotto lasciando l' altra estremità pendente nella bocca: si riunisce quindi bene la fistola con la sutura o con listerelle emplastiche. Scopo di questa minugia è di stabilire una continuità tra il condotto naturale e l' artifiziale, e di condurre nel tempo stesso la saliva nella bocca. Zang s'aderì a Latta, tranne che propose egli una minugia tagliata a punta nell' estremità che ha da imboccare nel condotto e volle ch' essa non riempisse del tutto il canale artifiziale perchè non fosse impedito il passaggio della saliva su i suoi lati. Percy ha

pure fatto plauso alla pratica-Latta servendosi però d' una tasta di piombo in vece d' una minugia.

Utilissimo è lo scopo di tutte le fin qui dette pratiche, ma i mezzi d' ottenerlo in molti casi furono, conviene pure dirlo, impotenti od anche contrarii. Chi non iscorge subito la facilità con cui la cannula cade nella bocca nella pratica di Duphénix, modificata da Bilguer? Chi non iscorge subito come la pratica-Petit favorisca lo stillicidio della saliva anzi per l'orifizio esterno della fistola che per l' interno? Chi non iscorge subito gl' inconvenienti del rimanere per sempre la cannula incastrata nella guancia secondo la pratica-Richter? (1) Chi non iscorge subito la massima difficoltà che debb' incontrarsi nel rintracciare in fondo della fistola il condotto stenoniano nella pratica-Latta, modificata da Zang e da Percy? Havvi forse alcuno mezzanamente versato nella Chirurgia il quale non veda con quanta facilità debba sdrucciolare nella bocca il corpo straniero in quella pratica soltanto introdotto nel condotto e non fissato nella sua sede? Chi ignora la possibilità che, sdrucciolando, esso copra l' orifizio dell' estremità parotidea del medesimo condotto?

Vista l' utilità del sopra detto scopo e la sconvenevolezza de' mezzi per raggiungerlo, alcuni Pratici, fra cui De Guise, Béclard, Grosserio, Mirault, Roux, proposero per ciò altri compensi.

Formola della pratica-De Guise. Si trafora la guancia con un trocarre da idrocele portato dal davanti e dall' esterno all' in dietro ed all' in dentro, e ciò nella sede della fistola: con la guida della cannula si fa passare un filo di piombo nella bocca. Si traversa un' altra volta la parete della bocca pure nella sede della fistola e dal di dietro e dall' esterno all' avanti

(1) *Secondo* Richter *la cannula confitta nella guancia mal a questa s' adatta, si move nel parlare, nel masticare, nello stare coricato su il lato affetto, aumenta la secrezione della saliva e desta facilmente infiammazioni. Ciò essendo, perchè ha egli cotanto esaltata cotesta pratica? Com' avvenne ch' egli abbia rotto in quel pelago stesso di cui seppe così bene additare gli scogli?*

ed all' interno cioè nella direzione del condotto naturale : si fa per questa nuova puntura passare l'altra estremità del filo metallico nella bocca : si rovesciano i due estremi del filo su la superficie interna della guancia e si riunisce l' apertura esterna con la sutura intorcigliata. Guarita la fistola, si ritira con precauzione l' ansa fatta dal filo di cui la convessità corrisponde alla fistola e la concavità abbraccia gli strati profondi della guancia.

Beclard, il quale sente molto avanti in sì fatte materie, imitò De Guise con questa sola differenza che consigliò egli di riunire e di torcere i due capi del filo con lo scopo di dividere per gradi i tessuti interposti. Consigliò egli pure di fare la seconda puntura portando il trocarre dal lato della bocca affinchè il padiglione della cannula non impedisca, dopo che il secondo capo del filo metallico è stato collocato nella debita sede, di ritirarla dalla medesima via ch' essa ha percorsa : la quale cosa non è punto possibile dirigendo, secondo De Guise, il trocarre dall'esterno all' interno.

Convinto di quest'inconveniente della pratica-De Guise e convinto pure della difficoltà che s' incontra nel fare passare, secondo che consigliò Beclard, il trocarre dal lato della bocca, Grosserio nell' intenzione di rendere facile l' operazione ha proposto d' operare con un trocarre fornito d' una cannula senza padiglione, la quale può nel secondo tempo dell' operazione essere ritirata dalla bocca con eguale facilità che dall' apertura esterna. Mirault adottò bensì i principii della pratica-De Guise, modificata da Grosserio, ma pretese essere meglio servirsi d' una tasta di filo semplice in vece del filo di piombo e pretese pure raggiungersi più tardi la guarigione con la torsione che non con lo stringere i capi del filo mediante un *serranodo*, modellato alla forma di quello di Desault.

Roux calcando le orme di Mirault dice essersi servito con pieno successo d' un setone in seta. Vernhes finalmente usò con frutto un filo d' oro collocato dall' alto al basso e non trasversalmente come con de Guise commendano tutti gl' altri Pratici

fin qui nominati. Fece egli ad imitazione di Beclard la torsione de' capi del filo pendenti nella bocca.

Non mi dimorerò più oltre sopra queste ed altrettali modificazioni della pratica De Guise, perchè le credo di poco momento e perchè penso con Bégin ch' esse possan essere tutte utilmente supplite con la seguente giunta fatta alla pratica primitiva di De Guise. Perforata la guancia con il trocarre e fatto passare con la guida della cannula uno de' capi del filo metallico o d' altra natura nella bocca, si pratichi la seconda puntura della guancia anche con il trocarre e poi, in vece del filo metallico, si spinga nella bocca un filo ordinario: annodando dopo ciò i due capi liberi su la guancia, di cui uno appartiene al filo ordinario e l' altro al metallico, e poi, ritirando dalla bocca l' estremità interna del filo ordinario, si verrà ad introdurre con facilità in quella cavità il capo libero od esterno del filo metallico.

Dalle cose fin qui accennate non è malagevole comprendere che le pratiche da ultimo esaminate erano di tutte le più razionali. E questa una proposizione al grado di verità innalzata. E di vero, quali eran i principali fini che l' arte si prefiggeva nella cura delle fistole salivari? Essa si prefiggeva, ed è già stato toccato, di stabilire una via novella ed a ciò era necessaria la presenza d' un corpo straniero. Essa si prefiggeva pure di stabilirla senza che questo corpo straniero impedisse, mentre operava, la riunione e la chiusura della fistola esterna e senza che il medesimo corpo sdrucciolasse nella bocca od uscisse dal lato della guancia prima che non si fosse ottenuto l' intento. Ora dunque vi vuole per avventura molto a capire quanto le pratiche pur ora esaminate fosser a questi fini appropriate? Ma eran esse l'ultima espressione della semplicità? Non poteva essa l' arte supplirle con altre pratiche ancora più semplici? Non poteva essa senza cangiare le indicazioni meglio adoperare? Se non m' illude una vana lusinga io fo ragione che vi siano modi più semplici fin qui non attuati, ma forse meglio riuscibili e gli dico subito. Si cominci l' operazione con il cruentare i mar-

gini della fistola della guancia. Indispensabile per riunirli poi con la sutura intorcigliata, la perdita di sostanza che cruentando ha luogo rende la breccia alquanto più larga. Il Pratico, prevalendosi di questa maggiore ampiezza della breccia, debb'afferrare con l'uncino una piccola porzione di tessuto nel margine anteriore della medesima in corrispondenza del luogo in cui trascorre la porzione anteriore del condotto stenoniano (tanto meglio se in mezzo a que' tessuti carnificati egli afferra cotesto condotto) e legarla con un filo di seta incerato di mediocre volume di cui taglia uno de' capi in vicinanza del nodo. Ciò fatto, egli incide gli strati profondi della guancia quasi direttamente dal davanti in dietro e nella parte più declive con un gammautte retto di lama stretta; fa passare nella bocca il superstite capo del filo ed unisce la ferita esterna con la sutura intorcigliata; lascia quindi il filo pendente nella bocca quanto basta perchè il nuovo canale sia infistolito e poi l'estrae con blande trazioni. Non è egli vero che in questa guisa s'ottengono i fini prefissi di chiudere immediatamente la fistola esterna e di lasciare profondamente sepolto nel tragetto fistoloso senza timore che sdruccioli un corpo straniero d'un contatto più omogeneo che non fili metallici? Non è egli vero che tutto ciò si consiegue senza pungere due volte la parete della guancia e senz'i malagevoli artifizi stati sopra descritti e diretti a torcere o ad annodare nella bocca i capi d'un filo metallico, risparmiando i disagi ed i dolori che ne sono l'inevitabile conseguenza? Faccia il Lettore di ciò quel capitale che gli parrà. In quanto a me, s'io getto qui di passaggio e come porta l'occasione una pennata d'inchiostro per notare così fatta modificazione operativa, ciò faccio per riguardo a chi non è spogliato d'ogni preoccupazione d'intelletto contro le novità; ma nella sostanza io tengo che così essa come le pratiche da cui emana siano molto inferiori alla mia nuova pratica La quale cosa apparirà, spero, dai seguenti rapidi cenni diretti a dimostrare come con questa s'evitino gl'inconvenienti per cui sono quelle disgradate.

Non è a tacersi come generalmente gl' ammalati affetti da fistola salivare ricorrano tardi all' arte : non è pur a tacersi come, tardi ricorrendo, i tessuti viciniori alla fistola, compartecipi della flogosi di questa, siano per lo più indurati e pieni di sostanza *inodulare :* non è per ultimo a tacersi che l'estremità parotidea del condotto, immedesimata con il tragetto fistoloso, d' ordinario soffre con il progresso del tempo una qualche alterazione nella sua forma e struttura. Ora dunque volendo stabilire un condotto novello a traverso di tessuti così malmenati o non si riesce nell' intento o vi si riesce con istento ed, una volta questo ottenuto, il nuovo condotto ha grande tendenza a richiudersi. Di fatto mentre leggiamo che i migliori Operatori guarirono fistole salivari con la maggiore parte delle pratiche sopra mentovate, leggiamo parimente ch' eglino s' avvennero più volte in alcune fistole contumaci a tutti i mezzi conosciuti o facili a riprodursi. Altamente lamentava De Guise che alcune fistole salivari fosser incombattibili e da qui nacque ch' egli abbia ideata la nuova pratica operativa stata sopra descritta. Altamente lamentava altresì Richter la facilità con cui alcune fistole si riproducevano e da qui nacque ch' egli, messo in que' casi da banda il setone che prediligeva, abbia ideato di ricorrere ad un cannellino di piombo, stato sopra menzionato e condannato. Da qui nacque che Monteggia, il veridico Monteggia, dicesse che non era ancora bene provata la durata della guarigione ottenuta con la formazione d' un nuovo condotto nella sede stessa della fistola.

Oltre a quelle cause, conferisce fors' anche alla riproduzione della fistola la pratica generalmente seguita di formar un condotto artificiale che scorra obliquamente fra gli strati della parete buccale, e ciò perforando dall' alto, dall' esterno e dall' in dietro al basso, all' interno ed all' avanti. È egli necessario provare che la probabilità di richiudimento del nuovo condotto è in ragione diretta della sua lunghezza? Conferisce pur a rendere più o meno stentata la guarigione della fistola la maggior o minor ampiezza dell' incisione che si fa agli strati profondi della

guancia per mettere in comunicazione il tragetto fistoloso con la cavità della bocca. Non sarebb' essa cosa superflua il dire che, essendo quell' incisione piccola, rimane turata dal corpo straniero che v' è addentro e che perciò, in vece di favorire lo scolo della saliva nella bocca, vi s' oppone e la obbliga a ringorgare verso l' orifizio esterno? Alla quale difficoltà, a cui non s' è forse badato quanto si conveniva, è cosa facile il porre riparo solo che si pratichi quest' incisione ampia a segno che dal principio sin al termine della cura o pocappresso rimanga sempre tra i suoi margini ed il corpo straniero un vano sufficiente allo stillicidio della saliva nella bocca. Così appunto e non altrimente ho io adoperato con vantaggio.

Una finalmente delle cause e forse la più frequente, per cui alcune fistole salivari difficilmente guariscono o facilmente si riproducono, move da ciò che, come hanno notato tutti i Pratici, sovente la fistola esterna non corrisponde all' ostacolo del condotto, ma n' è collocata a qualche distanza sotto o sopra od avanti in ciò non punto dissimile dalle fistole dell' uretra. In tali o somiglianti casi havvi uno o più meandri o tragetti tra la fistola esterna ed il crepaccio del condotto: i quali tragetti o meandri, una volta guarita la fistola co' compensi ordinari che operano su la sede di questa, si restringono talvolta con il progresso del tempo, succedendone ristagno o deviazione della saliva, nuovi crepacci, nuove fistole, ecc. Oltrachè debbe sovente accadere che, operando su la sede stessa della fistola, l' ostacolo del condotto stenoniano rimanga illeso tra il luogo operato e la parotide e riproduca la malattia.

Procedendo le cose di questa guisa non vi vuole molto a vedere che così fatti inconvenienti non debbon o debbono più raramente incontrare nella pratica per me consigliata come quella in cui l' incisione dell' interno della bocca riesce anzi ampia che no; come quella in cui quest' incisione e la successiva fistola interna riescono men oblique; come quella in cui si taglia sopra una sede sana, non contaminata da alcun *neoplasma*; come quella in fine in cui, ove non siano tra sè cor-

rispondenti la fistola esterna ed il crepaccio del condotto, si ha tuttavia la certezza d' aprire un novello condotto al di là dell' ostacolo cioè tra questo e la parotide.

Prevedo che forse alcuno farà il mal viso a quella pratica pel timore della cicatrice che genera nella guancia, la quale è forse il solo suo inconveniente. Ma, oltrachè cotesta cicatrice riesce, e lo ho già detto sopra, quasi impercettibile, qual è l'ammalato che non abbia per gran mercè di poter in poco di tempo distrigarsi a così poco costo d' un male cotanto sozzo e contumace? Tornando alcuni passi in dietro voi vi sovverrete, riputatissimi Colleghi, che s' io ho altrove particolarmente accennato all' utilità della pratica per me proposta nelle fistole della porzione buccale del condotto stenoniano, non ne ho però esclusa l' applicazione a quelle della porzione parotidea. Ed ora soggiungo che la ragione portende dover essa qui conservare la sua superiorità: se non che in questi casi non dovrebbe traforarsi la guancia quasi direttamente dal davanti allo in dietro ma obliquamente e dal di dietro in avanti per non interessare il massetere, essendo, come già sopra si toccò, stato osservato che la perforazione del massetere, oltrachè incomoda, non suole consuonare all' intento dell' arte.

Ecco, rispettabilissimi Colleghi, quanto io m' aveva prefisso di dire in questa scrittura la quale ritrae cotanto della brevità del tempo ch' io ebbi per comporla. Se non m' è toccata la bella sorte di convincere gl' uditori, mi nasce almeno speranza che avrò destato nella mente d' alcuno d' essi il desiderio d' andare diligentemente dietro a questa materia e ch' egli sarà di me più fortunato (Estratto dal *Giornale delle Scienze Mediche*, anno III) (A).

(A) Ulteriori fatti m' hanno ognora più convinto ch' una delle principali cause per cui tante pratiche consigliate per guarire la fistola salivare riescirono di nissun pro, è che i loro mezzi d' attuazione operando su il luogo stesso occupato dalla fistola succede o che operino dove lo sbocco della porzione parotidea del dutto stenoniano è più o meno alterato o che non compren-

dono nella loro azione l' ostacolo organico di quel condotto e mi spiego. O la fistola salivare ha luogo dal di fuori in dentro per ulcerazione o per ferita del dutto stenoniano ed in questo caso le pareti dello sbocco della sua porzione parotidea nella fistola, compartecipi dell' infiammazione indotta in prima dalla malattia che ne ha provocato il crepaccio e più tardi dai mezzi operativi, diventano dure, si restringono, cominciano a rendere difficile, poi impediscono il passaggio della saliva e succede quindi il ringorgo di questa ed un nuovo crepaccio. Oppure la fistola ha luogo dal di dentro in fuori per ostacoli meccanici od organici dell'interno del condotto stenoniano ed allora succede, non dirò già sempre, ma sovente che lo sbocco esterno della fistola non corrisponda alla sede dell' ostacolo ma s' incontri più innanzi verso la commessura de' labbri rimanendo l' ostacolo più vicino alla parotide, siccome ha ciò luogo nelle fistole perineali dell' uretra di cui lo sbocco esterno non corrisponde all'ostacolo dell'uretra ma è per solito più innanzi verso lo scroto. Esplorando di fatto alcune fistole di quest' ultima specie vidi d'ordinario che lo specillo imboccato nella fistola esterna si dirigeva più o men obliquamente in fuori verso l'origine del condotto stenoniano. Ora bene in ambo i casi si vede di leggieri che, siccome farebbe opera vana chi cercasse di guarire la fistola uretrale operando dal di fuori in dentro su la sede della medesima, così sovente s' adopera pur in vano chi impiega i mezzi operativi diretti a risanare la fistola salivare su il luogo stesso che è da questa occupata. Cotesti inconvenienti s' evitano, come è pure cosa facile a vedersi, operando secondo la mia pratica con la quale si scioglie la continuità del condotto stenoniano in un luogo sano e dopo di cui, per la regolarità della ferita, non rimane più alcun' alterazione nella porzione parotidea di quel condotto, capace di riprodurne il restringimento. Pare che ciò non sia sfuggito alla sagace mente di Jobert il quale in un caso di fistola salivare riferito nella sua recente opera di *Chirurgia plastica*, cominciò dal recidere in giro alla fistola i tessuti in tutta la spessezza della guancia e poi introdusse nella praticata breccia una specie di stoppino in cotone, del volume d' una penna e lungo un pollice, a ciascheduna estremità del quale era attaccato un filo incerato. Fu esso collocato in modo che era quasi tutto nella cavità della bocca, rimanendo la sua estremità esterna in fondo della ferita della guancia: uno de' suoi fili usciva dalla apertura della bocca e l' altro dalla ferita della guancia. Dissecata dopo ciò la pelle in giro, riunì egli la ferita con ispilli e ne conseguitò la guarigione. Però se questa pratica di Jobert la

quale è per alcuni suoi atti operativi fin ad un segno analoga a qualcheduna delle tante pratiche nel corso della presente memoria menzionate, ha il vantaggio di levare tutta la parte contaminata e di sciorre la continuità del condotto stenoniano dove è sano; se per questa parte essa raggiunge lo stesso scopo a cui mira la pratica per me consigliata; offre poi di tali inconvenienti e complicazioni che non sono nella mia, per cui io non potrei in alcun modo alla mia rinunziare per abbracciare la sua. E di vero nella mia basta un' incisione semplice per sciorre la continuità del condotto stenoniano, dovechè nella pratica di Jobert s' esige la recisione in giro del tragetto fistoloso insino nella bocca e poi un' estesa dissecazione della pelle. Nella mia il filo conduttore della saliva essendo solamente sporgente nella bocca non vieta la riunione immediata della ferita esterna, come la vieta la pratica di Jobert in cui uno de' fili esce a traverso della ferita. E vince in me l' opinione che se quella mia pratica fosse stata nota al Jobert, verosimilmente v' avrebb' egli trovata maggiore semplicità che non in quella che ha proposta.



DUE MODIFICAZIONI

ALL' OPERAZIONE DEL FIMOSI.

Non è mio scopo dire particolarmente del fimosi e dei tanti mezzi stati proposti per guarirlo, ma solo di fare conoscere con brevi brevissime parole due modificazioni operative che vidi nella mia pratica molto utili, delle quali una rende facile l'atto operativo e l' altra pronta la guarigione delle sue sequele, come quella che permette d' ottener una riunione per *prima intenzione* pressappoco come dopo l' operazione del labbro leporino.

Prima modificazione. Quale siasi il lato del prepuzio che si ha in animo di dividere, sotto, ai lati o sopra, io ho sempre osservato che altrettanto sicura quanto spedita riesce l' operazione eseguita in conformità di questa formola: « si porta per l' orifizio del prepuzio una tenta solcata piccola ed aperta in punta sin alla radice del medesimo: toccatane con il dito la punta a traverso della pelle, si tira in dietro questa per alcune linee acciò la sua incisione sia meno lunga che non quella della mucosa sottoposta la quale suole, come si sa, rimanere per qualche tratto intiera in fondo della ferita ed esiger una seconda incisione quando la medesima mucosa e la pelle si dividono su il medesimo piano: allora una seconda tenta solcata più piccola ed acuminata s' applica di costa alla scanalatura della prima e si fa rapidamente scorrere fin alla radice del prepuzio il quale ne rimane traforato e come infilzato. Levata dopo ciò la tenta guidatrice, pronta riesce la spaccatura del prepuzio con il gamautte fatto scorrere nella scanalatura della tenta acuminata dalla sua punta verso la base ». Il dire od il descrivere questi varii *momenti operativi* prende un tempo assai più lungo che

non ne richiede la loro esecuzione. Con l'avvertenza di servirsi di tente solcate di piccolissimo volume può questa modificazione attuarsi anche quando l'orifizio del prepuzio è ridotto al massimo grado di stringimento. Il quale caso esclude, e non è necessario dirne la ragione, le varie maniere di gamautti celati, stati a ciò proposti e l'uso delle sole forbici e del solo gamautte introdotto tra il prepuzio e la ghianda, solo o munito d'una pallottola di cera in punta, e la pratica ordinaria della tenta solcata aperta nella punta con un gamautte retto di lama stretta, ecc. Che poi la modificazione ch'io propongo sia più sicura nella sua applicazione che non quella di Heurtaut e di Tavernier i quali consigliarono, essendo strettissimo l'orifizio del prepuzio, d'incidere dal di fuori in dentro impiantando la punta del gamautte su la tenta attraverso della pelle, ella è cosa che non ha bisogno di dimostrazione.

Seconda modificazione. Una volta inciso il prepuzio ed insorta l'irritazione traumatica, la ferita de' margini s'allarga, come tutti sanno, per la tumidezza del tessuto interposto tra la pelle e la mucosa e trascorrono d'ordinario da venti a trenta giorni prima che non si sia mondificata e cicatrizzata. Ora bene prendendo il partito di portare e di mantenere a mutuo combaciamento la pelle e la mucosa di ciaschedun margine con alcuni punti di sutura intercisa e poi ricorrendo all'applicazione di spugne inzuppate nell'acqua fredda o ghiacciata per moderare la riazione traumatica, s'ottiene per solito la guarigione per *prima intenzione* e con pochissimo dolore nello spazio di cinque o sei giorni, superstite solamente un cotale poco di tumidezza edematosa del prepuzio che una *fasciatura espulsiva* fa svanir in uno o due giorni. Questa modificazione la vidi utile ne' casi di fimosi con prepuzio corto ed esigente una semplice spaccatura. La vidi pure utile ne' casi di fimosi con prepuzio lungo e richiedente, oltre alla spaccatura, la recisione degl' angoli della ferita. La vidi in fine utile ne' casi di fimosi con prepuzio indurato e richiedente la *circoncisione*. Più casi potrei addurre in appoggio delle cose fin qui dette, ma per la

loro analogia sto contento a riferirne un solo, recente, di cui fu testimone tutta la Scuola.

Ai 15 del mese d'ottobre p. p. fu ricoverato nella Clinica operativa il nominato Alberto Saracco, d'anni 6, dotato d'ottima costituzione ed affetto da fimosi congenito il quale, mettendo ostacolo all'espulsione dell'orina, fu, ormai quattro mesi, causa d'una grave infiammazione del prepuzio. Era questo piuttosto corto ed il suo orifizio capiva appena la capocchia d'un piccolo spillo. Ai 22 del citato mese si spaccò il prepuzio secondo la prima modificazione stata sopra citata e poi con tre punti di sutura intercisa fatti in ciaschedun margine della divisione si riunirono e si mantennero riunite la cute e la mucosa. Si fecero quindi, al fine d'impedire una forte riazione traumatica, fomenti freddi per quattro giorni, al termine de' quali si levarono via i fili della sutura e perfetta era la riunione. Un semplice *bendaggio espulsivo* praticato per due giorni fece svanire l'edema prepuziale, solito ad occorrere in così fatte occasioni e perfetta fu la guarigione (Le notizie relative a questo caso sono state registrate dal Dottore Savigny).

La modificazione ch'io propongo, oltrechè utile per la prontezza con cui guarisce, mi ha pure, in un caso d'operazione di fimosi da ulcere veneree primitive per me praticata, offerto questo vantaggio che la ferita superstite all'operazione, riunita per *prima intenzione*, non ha assunta la contaminazione venerea. Bene comprendo che un caso solo non è decisivo. Ove però più altri analoghi o somiglianti occorressero, essa acquisterebbe un prezzo inestimabile agl'occhi di chi non ignora come la ferita consecutiva all'operazione del fimosi rimanga quasi sempre in simili occorrenze contaminata dal vizio sifilitico.

Nella sua ultima edizione de'*nuovi elementi di medicina operatoria* il Professore Velpeau parla pure della riunione de'margini della ferita, superstite all'operazione del fimosi, mediante la sutura intercisa: ma, oltre all'imbarazzo risultante dai fili di sutura di cui egli consiglia l'applicazione prima di fare il taglio del prepuzio, la pratica di Velpeau ha quest'inconve-

niente che con essa viene anche traforato dai fili insieme con la pelle e con la mucosa il tessuto celluloso interposto; la quale cosa è peggio che un' inutilità, giacchè se la sutura è, quale debb' essere, moderata, quel tessuto impedisce un esatto combaciamento della cute e della mucosa, e se si vuole ottenere esatto cotesto combaciamento, la sutura riesce troppo stretta e nociva. Non iscorgo dunque nella pratica di VELPEAU alcun allettativo che mi tiri a preferirla alla modificazione per me sopra esposta e lungo tempo prima del VELPEAU adoperata (estratto dal *Giornale delle Scienze Mediche* anno 1842) (A).

(A) D'allora in poi non è trascorso alcun anno scolastico senza che nuovi fatti occorsi nella Clinica abbiano confermata l'utilità di queste due modificazioni all'operazione del fimosi.



CASO DI SINIZESI

CON PSEUDOCATARATTA,

Guarita con la pupilla artificiale praticata secondo il recente metodo di Maunoir *dell'iridotomia totale.*

In mezzo a molte cose inutili che si vanno ogni giorno scrivacchiando s' incontrano pur alcune verità che confortano l' animo del Pratico e dilatano nel tempo stesso i confini della Scienza. È di questo bel numero una verità che il Professore Maunoir ha per la prima volta esposta negl'*Atti della seconda Riunione degli Scienziati Italiani tenuta in Torino nel settembre del* 1840. Cotest' egregio Professore, di cui le elucubrazioni arricchirono cotanto la Scienza, dichiarava in quegl' Atti ch' egli aveva guarito tre volte la sinizesi incompiuta con o senza cataratta mediante il taglio longitudinale dell' iride. È egli così conscienziato Scrittore e fededegno ch' io mi proposi incontanente di calcare le sue orme nella prima occasione che mi si fosse presentata propizia. E questa me la offerse il caso che sto per narrare in cui l' evento corrispose onninamente alla dottrina del Professore Ginevrino ed alla mia aspettazione: per guisa ch' io penso che la verità proclamata dal Maunoir sia per prendere una sede stabile fra le cognizioni esatte della Chirurgia pratica. Il caso è questo.

Il contadino Paolo Gallo, d'anni 38, dotato di temperamento sanguigno-bilioso e d'abito cardio-capitale, affetto da un'enorme broncocele e da un'abituale tensione morbosa cardio-capitale, fu nel mese di gennaio dell' anno p. p. ricoverato nella Clinica operativa per esservi curato d' una cataratta doppia, capsulo-lenticolare, molle, voluminosa, riempiente tutta la camera posteriore, grossi essendo gl' occhi e tondeggianti e duri. Una lunga sperienza avendomi dimostrato, com' ebbi già occasione d' avvertire nel mio *Trattato di blefarottalmo-terapia operativa*, che in chi è affetto da broncocele voluminosa e dalla citata tensione morbosa ed abituale de' vasi, generalmente sfavorevole è l' esito dell' operazione, io mi sono studiato di scemare quelle complicazioni con una lunga *cura preparativa* in cui furon adoperati molti salassi generali e locali, molti revellenti esterni ed interni, la digitale, il nitro, il calomelano, le preparazioni di iodio, ecc. Ottenuta una tal quale calma, venne con l' abbassamento levata via la cataratta dell' occhio destro, la quale fu la prima a comparire. L' operazione fu semplice e pronta: la pupilla rimase del tutto sgombra: l' operato vide in su l' istante gl' oggetti circostanti e gli vide anzi bene che no. Non perciò insorse 24 ore dopo l' operazione un' iriditide violenta la quale, domata nello stato d' acutezza con un energico metodo antiflogistico, fece il passo allo stato lento e riescì per gradi, ad onta d'una medicazione appropriata al caso, alla sinizesi incompiuta con pseudocataratta. Si mandò allora l'operato nell' aria nativa con lo scopo di rifare le perdute forze e con il consiglio di ritornare nella Clinica dopo ottenuto quello scopo. Egli vi ritornò di fatto nella metà del mese di settembre p. p. essendo nello stato che siegue: sufficientemente rinvigorite le forze di tutta la persona: iride alquanto scolorata: di volta in volta leggieri dolori lancinanti periorbitali: pupilla ristretta a segno da capire appena la punta d' uno spillo ed ancora turata da una pseudocataratta così aderente al piccolo circolo pupillare che impedito era ogni moto dell' iride: sospetto di cataratta secondaria o risalita, superstite la sola facoltà di

distinguere la luce dalle tenebre. M' accinsi all' operazione in conformità de' precetti dati dal Professore Ginevrino e nel modo che siegue. Fatta un' incisione semicircolare della cornea dell' occhio destro, comprendente la metà della sua periferia ed al basso, come si pratica nell' operare la cataratta per estrazione, alzai il lembo della cornea con le forbici bottonate dal Maunoir inventate per praticare la pupilla artificiale, ne apersi le lame sotto il medesimo lembo, facendo penetrare la lama acuta attraverso della parte inferiore dell' iride alla distanza di mezza linea circa dalla sua unione con il legamento cigliare, rimasta la lama bottonata tra l' iride e la cornea. Fatte in seguito avanzare ambe le lame nella direzione del diametro verticale dell' iride sin alla distanza d' una mezza linea dalla sua unione superiore con il legamento cigliare, le chiusi incidendo d' un tratto l' iride e la pseudocataratta. Ne risultò subito un discostamento laterale de' due segmenti dell' iride, di cui ciascheduno traeva con sè la corrispondente metà della pseudocataratta. A traverso di quella divisione scopersi nell' asse della pupilla un viluppo di sostanza opaca e non saprei bene dire se fosse formato da un pezzo di cataratta risalita o da una cataratta secondaria. Tant' è : con blande pressioni fatte su il segmento superiore dell' occhio, quel viluppo ne uscì lasciando la pupilla bene sgombra, del diametro di due linee e più, ed ovale dall' alto al basso. Rimaneva tuttora attaccato al segmento sinistro dell'iride un grosso ciondolo pseudocatarattoso. Nel sospetto che i poteri naturali non fossero bastati per farlo scomparire con il seguito, presi il partito di levarlo con le pinzette dentate. Dopo l' operazione l' ammalato vide incontanente e bene tutti gl' oggetti che gli si presentaron innanzi. Moderata fu la riazione traumatica, così che bastarono a domarla, oltre alla dieta rigorosissima, un salasso revellente dal piede ed i bagnuoli d' acqua ghiacciata su l' occhio operato, stati conseguitati, dopo vinta la riazione traumatica, dall' applicazione della pomata di *belladonna* su le palpebre. Dopo un mese la vista ricuperata fu utile a segno che l' operato poteva distinguer oggetti anche

piccoli e non avanzava alcun' ombra d' irritazione, nè di congestione sanguigna nell' organo stato operato (Le notizie di questo caso sono state registrate dal Dottore Pacchiotti, or Assistente dell' Ospedale di S. Giovanni (estratto dal *Giornale delle Scienze Mediche*, anno 1842).

(A) Parlando nel mio *Trattato di Blefarottalmo-terapia operativa* dei migliori metodi di coropeia io annoverava l'iridectomia esterna, l'iridectomia interna e l'iridectodialisi, e soggiungeva l'iridectodialisi essere ristretta ad alcuni particolari casi, l'iridectomia interna, tuttochè più naturale, avere fin qui resi pochissimi servizii all'arte per difetto di strumenti acconci a praticarla con esattezza e con precisione, e l'iridectomia esterna essere d' un uso più generale, più efficace ed avere fin qui meglio corrisposto all' aspettazione de' Pratici. Debbo or aggiungere che la preaccennata pratica dell' iridotomia totale del Maunoir, nei casi massimamente di sinizesi con pseudocataratta, punto non disgrada l'iridectomia esterna. Ciò aggiungo non solamente con l' appoggio del caso sopra riferito ma con quello pure d' altri tre tali o somiglianti casi in cui ebbi a praticarla con successo. Ha essa su l' iridectomia interna il prezioso vantaggio che la nuova pupilla è restaurata nella direzione dell' asse visuale, contrariamente a quanto accade nell' iridectomia esterna. Ma in quella vece trae per lo più con sè l' inconveniente di non poter eseguirsi senza lesione dell' apparato lenticolare; la quale cosa equivale al dire che, eseguendola debbe l'Operatore estrarre nel tempo stesso quell'apparato a scanso di vedere più tardi la nuova pupilla ingombra dalla sua opacità. Dovechè la formazione d' una nuova pupilla con l' iridectomia esterna è compossibile con la continuazione della naturale trasparenza dell' apparato lenticolare. Se però la nuova pratica d' iridotomia totale del Maunoir trae per lo più, come dissi, con sè, non trae però sempre l' inconveniente del non non poter eseguirsi senza lesione dell' apparato lenticolare. Mi giova qui riferire un caso che ciò prova e tanto più volentieri lo riferisco in quanto che conferma esso ognora più la proposizione per me altrove avanzata (pag. 139) in opposizione all' opinione di coloro i quali pensano che la pseudocataratta non vada mai scompagnata da opacità dell' apparato lenticolare.

Giacomo Latigna, da Castellamonte : anni 42 : temperamento sanguigno : costituzione robustissima : padre di prole numerosa e

sana di cui era l'unico sostegno: carattere buono, brioso e confidente: scalpellino. Non ebbe nel corso della sua vita passata a soffrire malattia di sorta. Nel mese di marzo dell'anno 1842, essend' egli in Francia, fu percosso, mentre lavorava nella pietra, da una scheggia di questa nell'occhio destro che gli cagionò una grave contusione, stata seguita da iriditide piuttosto grave di cui l'esito fu la sinizesi quasi compiuta con pseudocataratta e con perdita totale della vista, conservando l'occhio la sua forma naturale e la cornea la sua trasparenza. Otto mesi appresso fu pure da un'altra scheggia di pietra colpito nell'occhio sinistro fin allora sano e, sebbene avess' egli provato quasi nissun dolore nell'atto dell'accidente e dopo, tuttavia la vista di quest' occhio diventò poco per poco nuvolosa e poi si smarrì del tutto in mezzo a frequenti allucinazioni ottiche ora fosche ora scintillanti: al che s'aggiunse ad ultimo un'opacità catarattosa. Continuando, dopo una cura razionale praticata negli Spedali di Francia, la totale cecità, il Latigna fu per cura di quel Governo rimandato con molta carità in patria dove provò inutilmente mille rimedii empirici ed in fine inconsolabile per la grave perdita della vista che era la miseria di tutta la sua numerosa famiglia e compreso per colmo d'infortunio da una scabbia pertinace, chiese ed ebbe ricovero nella Clinica operativa ai 12 di febbraio 1845. Fu in due mesi con l'uso esterno ed interno dei preparati solforosi liberato dalla scabbia. Chiese allora il Latigna d'esser operato dalla cataratta dell' occhio sinistro, ma siccome la dilatazione permanente della pupilla, le precedute ed ancora continuanti allucinazioni ottiche e la totale cecità, avvegnachè vi fosser ancora intorno all'opacità catarattosa alcuni vani capaci di dare passaggio ai raggi luminosi, abbastanza rivelavano che era questa consociata con l'amaurosi, così io ricusai in su le prime l'operazione e non vi ho ad ultimo consentito fuorchè per convincere della sua inutilità l'ammalato a cui quel rifiuto pareva cosa disumana. L'operazione per abbassamento fu alquanto difficile per le fitte aderenze della cataratta ad alcuni punti del piccolo circolo irideo. Non ebbe luogo riazione traumatica di rilievo. La pupilla rimase bene sgombra, ma la cecità non fu nè punto nè poco corretta. Era essa cosa conveniente praticare la coropeia nell'occhio destro? La violenta infiammazione traumatica dell'interno dell' occhio per cui era succeduta la sinizesi faceva temere che fosse pur andata smarrita ogni facoltà visiva. Non per ciò, essendo questa l'ultima speranza dell'ammalato ed insistendo egli con ogni maniera d'impegno perchè, prima di rassegnarsi alla sua sorte, si facesse un ultimo tentativo, lo ho io

su i primi giorni di giugno di dett'anno sottoposto in presenza della Scuola all'iridotomia totale secondo la pratica di Maunoir che non starò già qui a ridire. Noterò solamente che, dopo praticato il taglio verticale dell'iride la quale era molto tondeggiante in avanti con la forbice del Maunoir, i due lati tagliati, tuttochè poco tra sè discosti, permisero di vedere due brani pseudocatarattosi, applicati alla faccia posteriore della medesima iride l'uno a destra e l'altro a sinistra. Presi questi successivamente con la pinzetta dentata, furono l'uno dopo l'altro estratti; però il sinistro era così aderente all'iride che trasse seco una piccola porzione di questa membrana. Dopo ciò la nuova pupilla diventò bella ed ampia e l'operato disse subito con trasporto di gioia che vedeva gl'oggetti colorati in rosso. Pochissima fu la riazione traumatica. Al terzo giorno l'operato si lagnava dello stimolo della luce sebbene avesse chiuse le palpebre e coperte con pannilini. Scemò in tre giorni cotesta fotofobia estrema con bagnuoli di decozione fredda di foglie d'atropa belladonna. Visitato l'occhio al duodicesimo giorno dall'operazione, si riconobbe che bella e sgombra era la nuova pupilla e larga due linee e più. Ciò non ostante continuando ancor un tal quale grado di fotofobia ed essendovi nella nuova pupilla qualche tendenza al restringimento, si credette buon consiglio d'insistere per un mese circa nell'uso locale della belladonna. Cessata allora la fotofobia, cessata la tendenza al restringimento, l'operato dopo un mese ancora d'osservazione in cui la vista andò ognora più migliorando si dilungò dalla Clinica, vedendo le qualità particolari degl'oggetti anche minuti. D'allora in poi nissun anno trascorse senza che siasi egli, per solo effetto di gratitudine, recato benchè da lontano paese alla Clinica ed avemmo perciò più occasioni di sincerarsi che gode egli d'una vista utile a segno che può accudire ai suoi affari.

Quasi si dimenticava di notare che nell'atto operativo illeso rimase l'apparato lenticolare (Le notizie di questa fattispecie furono registrate dal Dottore Uberto Bosio).

UNA MODIFICAZIONE

ALLA CHEILOPLASTIA

Non sono da noi molto lontani i tempi in cui una perdita di sostanza od una contaminazione de' labbri tale che avesse renduta insufficiente la *cheilorafia* , era giudicata superiore ad ogni compenso dell' arte. In quella vece nella nostra età i metodi e le pratiche cheiloplastiche sono stati così fattamente moltiplicati che è cosa possibile di rabberciare qualunque perdita de' labbri, sia essa parziale o totale, isolata ai labbri od associata alla perdita d' una parte delle guance. Non è mio divisamento parlare delle varie forme morbose esigenti la cheiloplastia, nè delle varie pratiche cheiloplastiche, ma intendo solamente dire della pratica cheiloplastica diretta a restaurare il labbro inferiore, tutto contaminato.

Tutti sanno che in questo caso l' arte ha, per non parlare del metodo autoplastico Italiano che andò in disuso, pronto il compenso stato suggerito da Chopart , che consiste nel fare due incisioni le quali dal margine libero del labbro discendono fino sotto la mascella circoscrivendo un lembo quadrato che si disseca e poi, distaccatane la parte contaminata, si trae all' insù per formare il nuovo labbro. Tutti sanno ch' essa possiede la pratica di Roux di San Massimino, la quale consiste nel distaccare tutta la parte contaminata, poi nel dissecare intorno intorno le parti circostanti fino nella regione soprajoidea e poi nel trarle verso l' orifizio della bocca attaccandone gl' estremi alle commessure labiali od alle guance e facendo servire la parte libera alla formazione del labbro. Tutti sanno in fine ch' essa possiede le pratiche di Delpech , Lallemand , Dupuytren , Dieffenbach , Textor , le quali sono desunte dal metodo Indiano e consistono

nel rabberciare il labbro inferiore con un lembo preso nel collo e poi ripiegato ed alzato verso l' orifizio della bocca.

Non taciamo ch' essa possiede le pratiche di Celso, di Guillemeau, di Horn, di Serre, di Viguerie, di Morgan: ma alcune di queste pratiche sono state riconosciute insufficienti pel caso sopra stabilito e le altre mirano ad alcune speciali indicazioni relative ai casi in cui non tutto il labbro è contaminato, ma rimane ancora illesa la mucosa o tutta od in parte.

Le pratiche dunque di Chopart, di Roux di San Massimino e quelle di Delpech, Lallemand, ecc., desunte dal metodo Indiano sono oggigiorno tenute come le principali; giudicando anzi dal punto di veduta pratica si può dire che sono tenute come principali quelle di Chopart e di Roux, perciocchè il metodo Indiano non ha sovente, giudice la sperienza, corrisposto alle mire de' Pratici.

Ridotto l' argomento a questi ristretti termini, non si può negare che le pratiche di Chopart e di Roux non abbiano resi utili servizii alla Scienza. Io stesso le ho qualche volta ridotte in atto con vantaggio. Con tutto ciò però debbo confessare che forse più frequenti m' occorsero le occasioni di non esserne stato soddisfatto per motivo d' alcuni inconvenienti che riconobbi nelle medesime, di cui i principali son i seguenti. Per quante precauzioni si prendano per parte dell' Operatore, è cosa come impossibile che nella pratica di Roux di San Massimino s'ottenga che la parte media del lembo, destinata a restaurare il labbro, non cada sopra se stessa, che non s' accorci e che per conseguenza non vada in gran parte fallito lo scopo della restaurazione del labbro. Tanto poi la pratica di Roux, quanto quella di Chopart, più ancora questa che non quella, hanno il grave inconveniente che il risultante lembo suole, specialmente negli operati che oltrepassano il cinquantesimo anno, riescire ad una mortificazione più o meno estesa. Prego qui il Lettore di dare fede a questo risultamento della mia pratica, di cui dirò distesamente in un' altra occasione i casi che gli vengon in appoggio. Più cause contribuiscono, secondo me, ad un così malaugurato

esito : vi contribuisce la lunghezza del lembo, specialmente nella pratica–Chopart : vi contribuisce la sottigliezza della radice del medesimo per la naturale tenuità della cute della parte anteriore e superiore del collo : vi contribuisce la pressione che la base della mascella fa dall' interno all' esterno contro il lembo piuttosto tirato che vi appoggia sopra : vi contribuisce l' isolamento in cui, per la nudità della sottoposta mascella, è da' corrispondenti tessuti vitali tutto quel tratto di lembo che scorre su la medesima : vi contribuisce in fine nelle persone d' età avanzata la lentezza della circolazione capillare.

Tant' è : questi inconvenienti m' indussero ad adottare ne' casi d' affezione contaminante il labbro inferiore in tutta la sua spessezza ed estensione, specialmente ne' vecchi, la pratica espressa nella seguente formola : « si leva via tutto il labbro con una incisione composta a V : poi si fa in ciascheduna commessura un taglio orizzontale diretto verso la guancia e della lunghezza di otto o dieci linee : quindi dal termine di cotesta incisione orizzontale si fanno discendere due incisioni una a destra e l'altra a sinistra verso la base della mascella, le quali debbon esser alquanto obblique in fuori, risultandone così due lembi triangolari con la base al basso : dopo ciò si portan i lembi a combaciamento e s' uniscono con la sutura intorcigliata nella linea mediana e, se questo combaciamento riesce stentato, si fa, per renderlo facile, il taglio della mucosa che attacca la base dei lembi alla mascella : in seguito s' unisce con la medesima sutura il lato esterno di ciaschedun lembo con la corrispondente ferita della guancia disseccando anche alquanto i tessuti contro la base della mascella, ove avvenga ch' essi non cedano abbastanza ». Vero è che così operando si ledono le arterie mascellari esterne, ma da un canto quest' inconveniente è un nulla, perchè tutti sanno quanto sia facile ristagnare il sangue delle arterie mascellari esterne lese sopra la base della mascella, mentre dall'altro è desso più che compensato dal doppio vantaggio d'ottenere lembi che non si ritiran e che non si mortificano.

In vece di due lembi può bastare un solo quando il labbro

è bensì contaminato a tutta spessezza, ma non in tutta la sua estensione, rimanendone ancora illesa una quarta od una quinta parte verso una delle commessure. La seguente osservazione chiarirà il come debba il Pratico in questo caso condursi per restaurare il labbro con un solo lembo.

Il contadino Giuseppe Bianco di Bonnevalle, in età d'anni 68, dotato di temperamento sanguigno, d' abito cardio–capitale e di una fortissima costituzione, nato da parenti sani, non sofferse nella sua infanzia alcuna malattia : solamente nella pubertà andò soggetto ad epistassi ed a cefalee assai frequenti, le quali però duravano poco e solamente si riproducevano quand' era costretto lavorare sotto la sferza d' un cocente sole. Il resto di sua vita non fu travagliato da alcuna malattia di rilievo : erano corizze lievissime, bronchitidi e coliche passeggiere che apparivano solamente nell' autunno.

Ora sono due anni apparvegli su il bel mezzo del labbro inferiore un bitorzoletto il quale doleva solamente quand' egli lo maneggiava un po' rudemente : poco tempo dopo questo irritato, passò all' ulcerazione e la piccola soluzione di continuità coprivasi d' una crosta ch' egli frequentemente con l' unghia strappava. In questi avvicendamenti l' ulcera prese una maggiore estensione, cominciò a stillare di volta in volta sangue ed a dolere, specialmente di notte. Per gradi tutto il labbro fu impegnato nella degenerazione, senza ch' egli mai domandasse consiglio da alcuna persona dell' arte.

Quando si vide ridotto a sì mal partito, ricorse all' Ospedale di S. Giovanni dove fu ricoverato ai 10 di giugno 1841. La degenerazione cancerosa occupava il labbro inferior in tutta la sua spessezza e distesa, salvo soltanto il suo attaccamento alla commessura sinistra dov' era illeso pel tratto di tre o quattro linee : erano dalla medesima impigliate tutte le parti molli che coprono il mento. Non partecipavano dell' affezione le ghiandole linfatiche sottomascellari. Nessuna grave complicazione contrindicando l' operazione, questa fu praticata ai 20 di giugno nel modo seguente, previa una preparazione d' alcuni giorni diretta

a calmare un grado un po' smodato d' irritazione che v'era nella *località* e nella sua costituzione, forse per cagione del viaggio. Si levò tutta la parte malata (1) con due incisioni obblique, di cui una partiva dalla commessura destra e l' altra dal margine libero del labbro in molta vicinanza della commessura sinistra, ed ambedue discendendo in basso venivan a congiungersi al disotto del mento per un angolo acuto: poi si praticò un taglio lungo dieci linee circa, il quale dalla commessura destra si prolungava orizzontalmente verso la guancia corrispondente. Quindi con un' altra incisione che principiando dall'estremità esterna di questa si protraeva obliquamente al basso ed all' in fuori su la base della mascella, si fece un lembo triangolare con la punta in alto ed ottusa. Da quest' incisione rimase divisa l' arteria facciale dove s' appoggia su la mascella e fu tosto allacciata. Allora leggiermente torcendo il pedicciuolo del lembo e facendo alcune trazioni su le parti molli del lato sinistro, si vide che quello adattavasi assai bene alla breccia e che tutta ne la ricopriva senza che ne rimanesse sconcio alcuno. Siccome però le parti rimanevan alquanto stirate, il che suole quasi sempre indurre nocive conseguenze, così si pensò d' allentar un cotale poco il lato sinistro della ferita con dissecarlo pel tratto d' alcune linee contro la base della mascella e con praticar un taglio di cinque linee circa nella commessura sinistra, diretto orizzontalmente verso la guancia. Ottenuto in questo modo pienamente l' intento, si legarono quattr'arteriuzze stillanti sangue e poi si fissaron i due lati del lembo con sutura intorcigliata, avvalorata da alcune listerelle emplastiche. S' ebbe dopo ciò ricorso ai fomenti d' acqua ghiacciata su la parte.

La riazione che si destò fu leggiera, sì che a domarla bastarono due salassi praticati nel terzo giorno dall' operazione. Il lembo si conservò: appena ne cadde in cancrena una porzioncella di forma lunata verso l' estremo margine del lembo. L' unione delle rimanenti parti del lembo s' effettuò con pochisssima

(1) *Il tumore estirpato ed accuratamente dissecato lasciò veder una degenerazione cancerosa mista con degenerazione lardacea.*

deformità: per guisa che lietissimo, l' operato prese commiato dalla Clinica ai 29 d' agosto del citato anno.

Non so se nel grande numero di scritture che vedono ogni giorno la luce alcun abbia già parlato di cotesta modificazione. Nel caso affermativo sono lieto di confermarne l' utilità e nel negativo addito ai Pratici con preghiera di ritentarlo un mezzo il quale non è privo d' utilità ne' casi, amo ripeterlo in epilogo, di degenerazione di rea natura, comprendente il labbro inferiore in tutta la sua spessezza ed in tutta o quasi tutta la la sua estensione, particolarmente ne' vecchi (Estratto dal *Giornale delle Scienze Mediche*, anno 1842) (A).

(A) Il Dottore Roux di San Massimino ideò ed attuò un'altra pratica di cheiloplastia ben altrimente utile che non quell'altra sua pratica che è stata sopra accennata. Ciò dico con convincimento perchè la ho io pure due volte con felice successo attuata in presenza della Scuola. Consiste essa nel circoscrivere la parte contaminata del labbro con due incisioni di forma semielittica, terminate ad angolo nella loro estremità superiore per rendere più facile la riunione e congiunte al mento dove forman una curva con la concavità rivolta in su. Dal centro di questa curva si fa partire una incisione semplice che si prolunga un poco obliquamente nella parte alta e superiore del collo, e ciò più o meno secondo l' ampiezza della ferita che ha da rabberciarsi. Si disseca quindi il risultante lembo formato a spese della guancia e della parte alta e laterale del collo e poi si rialza su il piano delle commessure labiali e si connette con sutura cruenta la sua parte centrale o più mobile con la commessura opposta alla sede in cui ha esso la sua radice. Con questo lembo il labbro rimane bene restaurato, è impedita la caduta della saliva, la masticazione riesce libera, ma il nuovo labbro non può però altrimente moversi fuorchè per la trazione delle parti vicine. Avvegnachè sia quella, amo ripeterlo, una delle migliori pratiche di cheiloplastia quando trattasi di restaurare il labbro inferiore, non per questo esigendo essa una dissecazione alle volte molto estesa per formare un lembo conveniente, s' avrebbe forse nelle persone attempate a temere la mortificazione più o men estesa del medesimo. Ondechè s' io sono inclinato a dargli la preferenza come metodo generale, non potrei però in quest' ultimo bene determinato caso decidermi per ora a rinunziare in suo favore alla pratica che è l' oggetto di cotest' argomento e che fu per me sopra descritta.

INTRODUZIONE D' ARIA

IN UNA VENA VOLUMINOSA

NELL' ATTO D' UN' OPERAZIONE CHIRURGICA

È a tutti nota la quistione stata non è gran tempo dibattuta avanti l' Accademia Medica di Parigi intorno all' introduzione dell' aria nelle vene ed ai suoi nocivi effetti. È pure a tutti noto che, se tutti i Socii di quell' illustre Consesso convennero nell' ammettere quell' introduzione, massimamente quando grosse vene son nell' atto d' una sperienza od in quello d' un' operazione chirurgica convertite in una specie di canale, fuvvi poi tra essi una grave divergenza su tante altre condizioni relative a quel fatto. E di vero, per gl' uni quell' introduzione non può succedere fuorchè dopo le ferite, ancora ampie, delle vene giugulari interne e delle succlavie; per gl' altri può succedere dopo le ferite delle vene di tutto l' ambito del petto ed anche delle estremità superiori ed inferiori. Secondo gl' uni quell' entrata è prontamente mortale; second' altri, appoggiati a sperimenti eseguiti da Wiborg, Hertwig e poi da Nysten sopra quadrupedi, essa non può provocar una pronta morte. In conseguenza a mente de' primi quasi ogni morte immediata nell' atto d' un' operazione chirurgica, eseguita specialmente nella base del collo, è da attribuirsi a quella causa, ed a mente de' secondi *ad esaurimento vitale od idraulico*, *a sincope*, *a sgomento*. Chi crede la morte esser in que' casi effetto della distensione del cuore destro; chi del rimescolarsi che fa l' aria con il sangue, rendendolo spumoso e non più *progressivo*; chi dell'azione quasi *paralizzante* dell' aria atmosferica sopra il cuore destro, ecc. La pressione delle grosse vene, eseguita tra il cuore e la

parte su di cui s'opera, preoccupa, second' alcuni, quel malaugurato accidente, mentre, second' altri, questo spediente è inutile. La compressione del petto, la tracheotomia, l' introduzione dell' aria nei polmoni con la cannula laringea, il salasso, l' aspirazione dell' aria entrata nel cuore con la bocca o con una cannula introdotta nel medesimo per le vene giugulare interna o succlavia, l' introduzione d' un liquido salino in qualche altra vena, ecc. son, al dire d' alcuni, mezzi capaci di guarire gli accidenti dell' entrata dell' aria, a senso d' altri, insufficienti, se non dannosi. Nell' opinione di certuni nulla havvi di più positivo quanto i fatti provanti l' entrata di quell' aria, mentre, secondo l' opinione d' alcuni altri, que' fatti sono quasi tutti dubbiosi. Tant' è: ossia effetto del caso, ossia effetto di ciò che in presenza di simili eventi il Pratico turbato, inquieto, contristato ha tutta l' anima assorbita dalla calamità dell' ammalato e non pensa a notare con circostanziata minutezza tutti i loro elementi; il vero è che fra le tante osservazioni state registrate nella nostra Letteratura in prova dell' entrata dell'aria nelle vene e dell' utilità od inutilità dei mezzi stati adoperati per cacciarnela o per neutralizzarne gl' effetti, poche pochissime sono, secondo Velpeau, quelle che si meritino fiducia. E noi stiamo fin qui a malgrado di tante discussioni « in presenza, come disse con molto ingegno lo stesso Velpeau, di questo fenomeno in quel modo che stanno i Magistrati in presenza d'un reo, contro di cui mancano testimonii ».

Se dunque regna ancora tanto buio su questo argomento, se l' arte non è ancora giunta a segno di passarsi d' ogni menomo tributo che le offra qualunque dei suoi Cultori, io credo opera bene fatta di notare con due pennate d' inchiostro un fatto d' *introduzione spontanea dell' aria in una vena* nell' atto operativo; fatto occorsomi è poco tempo ed il primo che mi sia toccato osservar a malgrado d' un tanto numero d' operazioni chirurgiche state per me eseguite in tutte le regioni del collo e del petto.

Essendo mio unico scopo di porre in evidenza quel fatto io

per essere breve e per non immarginare cose estranee all'argomento le quali saranno notate in luoghi più acconci, trascorro rapidissimo sopra tutte le fasi del male da cui era impigliata l'ammalata che mi porse l'occasione della fattispecie.

La contadina Maria Magnino, da Moncucco, d'anni 35, alta di statura, dotata di temperamento sanguigno-linfatico, con forme svelte e con un carattere mite e benevolo, scarsamente menstruata, fu, oramai quattr' anni, ricoverata nella Clinica operativa per una vasta ulcera *fungo-cancerosa-esuberante* della regione parietale destra, la quale con la recisione guarì nello spazio di due mesi.

Riprodottosi due anni appresso il male dietro l'angolo destro della mascella inferiore con i caratteri e con la forma di tumore fungoso, del volume d'una grossa mela, dotato d'altissime radici e prolungantesi trasversalmente dall'apofisi mastoide sino verso la metà della base della mascella inferiore, la Magnino riparò di nuovo nella Clinica, dove quel tumore fu divelto senza lesione de' grossi vasi che hanno sede in quella regione, i quali, a dirla per parentesi, erano però solamente separati dalla base del medesimo per una tenue membranella. La ferita risultante dall'atto operativo cicatrizzò nello spazio di due mesi, superstite una piccola fistola salivare che ristagnò pure qualche tempo appresso con la compressione.

Era appena trascorso un anno dalla seconda operazione quando la Magnino ebbe di nuovo ricorso alla Clinica ai 25 del mese di marzo p. p. per esservi curata d'una seconda riproduzione del male, la quale consisteva in un tumore di natura fungo-midollare, del volume della metà d'un arancio e di forma ovale; il quale tumore dall'estremità superiore del muscolo sterno-cleido-mastoideo destro con cui sembrava immedesimato, s'estendeva, riempiendo l'avvallamento che è dietro la base della mascella inferiore, sin alla parte media del lato destro del collo coperto su il davanti dal testè detto muscolo ed assettato su i grossi vasi di quella regione. Quattro o cinque giorni dopo l'entrata dell'ammalata si praticò la sua recisione in presenza di

tutta la Scuola. Si mise allo scoperto il muscolo sterno-cleido-mastoideo con un taglio parallelo al suo lato interno: le sue carni, ridotte alla forma d' una sottile membrana aderente alla faccia esterna del tumore, furono tutte radunate in un fascicolo e poi fatte tirare in dietro da un assistente con uncini ottusi. Si continuò di poi la dissecazione del tumore dal basso, dov'era meno aderente, all'alto, dove per alte radici era fisso ed immobile; ma, a malgrado d' ogni precauzione nell' operare e nello scostare il medesimo tumore dalle parti sottoposte, accadde che non appena giunto il gammautte verso la sua base, manifestossi, quando già l'ammalata era non poco affralita nelle forze per la perdita di sangue, un' abbondante ed impetuosa emorragia di sangue venoso, seguita poco stante da un visibilissimo flusso e riflusso del medesimo in una grossa vena, stata per l' innalzamento del tumore convertita in un vistoso canale, e da un gorgoglio o rumore di *glou-glou* o, meglio ancora, da un rumore simile al suono che si provoca attraendo con l' orlo dei labbri un liquido qualunque; rumore prolungato, preciso, distinto, inteso da tutta la Scuola di cui io non m' accingerei a dire la luttuosa inquietezza in quel momento perchè male vi riescirei. Frattanto lo udire quel rumore ed il diventare l' ammalata coperta del pallore della morte ed il cadere in una grave sincope, pronunziando con una voce flebile la fatale espressione « *io muoio* » fu un tempo solo.

In quel critico frangente io mi gettai subito a comprimere con la mano destra il ventre per guisa da impedire la discesa del diaframma e da diminuire la forza sorbente del cuore, e con la sinistra a far una forte pressione su la giugulare interna verso la sua entrata nella cavità del petto; il valente Dottore Luigi Gallo, già Assistente della Clinica ed ora Chirurgo ordinario dello Spedale, chiuse ad un tratto la ferita; un Allievo levò via due cuscini, su cui stava semiseduta l' ammalata la quale perciò cadde nella positura orizzontale; un altr' Allievo gettò a sprazzi acqua fredda nel volto della medesima e più altri si diedero a praticarle forti frizioni su le estremità supe-

riori ed inferiori. Pei quali mezzi combinati l' operata dopo un minuto circa rinvenne e fu salva. Dopo ciò si fece una doppia legatura della base del tumore e si provvide all'emorragia con un'esatta e sollecita compressione fatta con filaccica. Non ometto di dire che, passata la prima sorpresa dell' accidente, io ho fatto scorrere i diti prementi la giugulare dal basso all' alto verso la ferita lasciata prima libera da ogni pressione, e ciò con lo scopo di far uscire l' aria che per avventura avesse ancor avuto soggiorno in quel tratto di vena.

Mi racconsola ancor il pensare all' unità ed alla massima prontezza con cui tutti quegl' atti, avvegnachè non stati suggeriti nè coordinati prima, furono come per *un istinto intelligente* eseguiti dagl'Assistenti.

Sarebbesi essa salvata l' ammalata senza di quei mezzi ? Nel caso negativo quale fra essi fu più utile ? Furon essi tutti indispensabili ? Non ve ne furono degl' inutili ? Ecco una serie di questioni ch' io nè posso nè cerco di sciorre, perchè mi ho prefissa la sola parte di Storico, contento di registrare negli Annali dell' arte un nuovo fatto d' introduzione dell' aria nelle vene nell' atto d' un operazione chirurgica, fatto che rendon incontrovertibile le seguenti circostanze. L' operazione fu eseguita nella regione che Amussat chiama *pericolosa*. Vi furono le condizioni che favoriscono l' introduzione spontanea dell' aria, come il taglio d' una grossa vena ; la sua conversione in un canale aperto in grazia delle trazioni eseguite su il tumore e probabilmente per la mutua aderenza di questo e di quella ; forse anche la chiusura dell' estremità superiore della vena tagliata (1),

(1) *Quantunque dal non esser uscito sangue per l' estremità superiore della vena si possa supporre che era stata ferita la giugulare interna perchè, essendo già stata questa vena messa quasi a nudo nella prima operazione, eseguita nella sopraddetta regione, è cosa probabile che il male nel riprodursi l' abbia compresa nella sua sfera d' azione e schiacciata : quantunque emerga la stessa supposizione dalla profondità e dalla direzione in cui si dissecava il tumore, che era dal basso e dall' esterno all' alto ed all' interno,*

resa probabile per ciò che non si vide uscir il sangue dalla medesima, ma solamente dalla sua estremità rivolta al cuore; la preceduta emorragia che scemando la copia del sangue nei grossi vasi doveva rendere più facile la forza sorbente del cuore il che è stato provato da apposite sperienze; il prolungato rumore di *glou-glou* da tutti gl' assistenti inteso; la rapida e forte sincope che vi succedette; il flusso ed il riflusso del sangue venoso che si vide pure da tutti nella vena tagliata e che è da Amussat considerato come un carattere distintivo del fatto in quistione. Aggiungasi in fine che questo flusso e riflusso esclude l' idea che il citato rumore potesse dipendere dall' entrata dell' aria in un meandro celluloso, formatosi a caso o pel getto del sangue d' un arteria tagliata contro le pareti d' uno di que' meandri, oltrachè nissun' arteria di rilievo era stata ferita. Si rifletta a tutto ciò poi si dica s' io ho ragione o no di chiamarlo un fatto *incontrovertibile d' introduzione dell' aria nelle vene*, siccome per tale lo tennero tutti coloro che lo giudicarono di presenza (estratto dal *Giornale delle Scienze Mediche*, anno 1842) (A).

non meno che dal notevole volume del primo getto sanguigno, dal grande lume della vena tagliata e dalla grossa onda del sangue che faceva il flusso e riflusso: io m' astengo tuttavia dal pronunciare qual essa fosse la vena lesa, perchè per dire ciò con certezza mi sarebbe toccato fare, dopo passato il narrato accidente, nuove indagini nel fondo della ferita ed io confesso che non seppi vedere in queste un sufficiente compenso ai rischi che potevano trarre dopo di sè.

(A) Qualche tempo dopo la stampa della presente osservazione è stato consegnato nella *Gazzetta Medica* di Parigi un caso avente con il sopra citato molta analogia. Trattavasi pure della recisione d' un tumore di cattiva indole nella parte laterale destra del collo, nell' atto della quale rimase aperta una vena voluminosa con introduzione d' aria. S' adoperaron altresì immediatamente compensi pressappoco simili a quelli sopra descritti, ma non si potè antivenire la morte reale. Colpito da questa differenza di risultamento, io ho più volte letto ed attentamente considerato il

sì fatto caso e non ho saputo trovar alcun' altra cagione più scusabile di quella differenza fuorchè questa, che la ferita della vena nel caso per me sopra descritto era nella parte laterale ed alta del collo dove la vena era meno voluminosa e più discosta dal cuore; laddove nel caso registrato nella *Gazzetta Medica* la vena era ferita nella parte laterale e bassa del collo dov' è essa più ampia e più vicina al cuore, epperciò ammette una maggiore colonna d' aria ed è più rapido il transito di questa al centro della circolazione.



DICIASSETTE CASI

DI PIEDI TORTI EQUINI, EQUINO-VARI E VARO-EQUINI

STATI CURATI CON LA TENOTOMIA

Mi ho proposto di dire succintamente di diciassette casi di *piedi torti* stati per me curati con l'incisione sottocutanea d'uno o di più tendini de' piedi, non che talvolta dell' aponeurosi plantare con la giunta degl' opportuni mezzi ortopedici, operanti in una direzione diametralmente opposta alla *morbosa contrattura*.

Dal seguente brevissimo cenno si vedrà a prima giunta l'età de' malati affetti da quella difformità, la causa, la durata, la specie e le complicazioni della medesima.

Caso I. — Giuseppe Vietti, di Torino, in età di mesi dieci, nato con il piede destro torto *equino-varo*. Aveva egli, insieme con una notevole contrattura del tendine d'Achille, molto incurvato il lato interno del piede, i diti in istato d' estensione forzata ed offriva su la faccia esterna del piede molte elevatezze ossee formate dalla sublussazione delle giunture calcaneo-cuboidea ed astragalo-scafoidea. Applicava il piede al suolo per il lato esterno della sua faccia dorsale.

Caso II. — Caterina Ducco, di Torino, d'anni 12, fu affetta nell' infanzia da irritazione nervosa rivelata da convulsioni, la quale fu seguita da piede torto *equino-varo* destro. Il piede offriva tutte le difformità state notate nell' antecedente caso, ma più vistose, più tenaci e state già refrattarie al lungo uso de' mezzi ortopedici.

Caso III. — Il ragazzo del Signore N. N., Sardo, d'anni 3, affetto per causa congenita da piede torto *equino* nel lato sinistro e da piede torto *equino-varo* nel lato destro. Ambo i piedi erano più corti e più larghi.

Caso IV. — Domenico Ferrero, d'Osasco, d'anni 10, affetto da notevole piede torto *equino-varo* congenito con rilevante accorciamento del piede sinistro, estensione forzata de' diti e morbosa concavità della faccia plantare prodotta da notevole contrattura dell'aponeurosi plantare e dell'adduttore del pollice (Il caso di questo giovinetto che era ricoverato nella Clinica operativa è stato registrato dal Signore Malvani, giovine Dottore d'altissime speranze, stato tolto ai vivi su il fiore dell'età).

Caso V. — Il figlio del Sig. C., Torinese, d'anni 12, riparò nella Clinica operativa per esservi curato da piede torto *equino-varo* congenito e grave del lato destro, contro di cui era stato inutile il lungo uso de' soli mezzi ortopedici. Massima era la curvatura del lato interno e della faccia plantare del piede, e massime pure le elevatezze ossee del suo dorso. Il medesimo piede, oltrachè più largo e più breve, appoggiava su il suolo per la faccia dorsale del suo lato esterno (Osservazione stata scritta dal Dottore Giacinto Pacchiotti).

Caso VI. — Giuseppe Boetti, della Volvera, dell'età d'un anno, è stato ricoverato nella Clinica per piede torto *varo-equino* congenito anzi vistoso che no e doppio cioè d'ambo i lati (Osservazione stata scritta dal Dottore Carlo Minetti).

Caso VII. — Chiaffredo Mottura, d'anni 8, di Vigone, è stato ricoverato nella Clinica operativa per esservi curato di piede torto *equino* destro, stato generato da grave lesione traumatica per esso lui rilevata nell'età d'anni tre su il dorso del piede, dove si scorgeva tuttora una vistosa cicatrice (Osservazione stata scritta dal Dottore Vogliotti).

Caso VIII. — Lucia Ciotti, del Borgo d'Ales, d'anni 8, fu ricoverata nella Clinica operativa per esservi curata da un piede torto *equino* destro congenito. Tal e tanta era in questa ragazza la contrattura del tendine d'Achille, ch'ella camminando s'ap-

poggiava su i soli diti i quali eran in varia direzione rattratti (La fattispecie di questo caso fu scritta dal Dottore Giacinto Pacchiotti).

Caso IX. — Fu ricoverato nella Clinica operativa il nominato Giovanni Paretto, di Rivalba, in età di dieci mesi, travagliato da piede *equino-varo* destro congenito. Notevol era il piede *equino* e leggiero il *varo* (Questa fattispecie fu scritta dal Dottore Balestra).

Caso X. — La bambina Adelaide Macciotta, d'Andorno, in età di mesi tredici, affetta da piede torto *equino–varo* destro congenito, fu ricoverata nella Clinica operativa. Notevole era pure qui, come nell'antecedente caso, il piede *equino* e leggiero il *varo* (Questa fattispecie fu pure scritta dal Dottore Balestra).

In questi dieci casi di piedi torti di cui due doppii, vi furono dunque tre piedi torti *equini* semplici, sette *equino–vari* di diverso grado, due *varo-equini*, nessun piede torto *valgo*, nè *valgo-equino*, nè *talus*. La difformità fu in otto casi congenita, in uno consecutiva ad affezione nervosa sofferta nella prima infanzia ed in uno generata da lesione traumatica.

Ne' tre casi di piede torto equino semplice fu la difformità guarita con il solo taglio del tendine d'Achille, aggiuntivi gl'opportuni mezzi ortopedici.

Ne' sette casi di piede equino–varo e ne' due casi di piede varo–equino fu corretta la rattrappatura del tendine d'Achille con la sua incisione sottocutanea; in quanto al *varo* associato, esso fu corretto in un caso con il taglio del tendine del tibiale anteriore; in sei di cui la difformità era leggiera e recente con i soli mezzi ortopedici, e tutte queste guarigioni durano stabili in chi da uno, in chi da due, in chi da tre, in chi da quattr' anni. In due finalmente di cui la difformità era diuturna ed assai notevole, scemò il *varo* co' mezzi ortopedici, ma non cessò, per guisa che converrà più tardi ricorrer al taglio del tendine d'uno o d'ambo i muscoli tibiali.

Ne' quattro casi di contemporanea morbosa curvatura del lato interno e della faccia plantare del piede, due volte fu la dif–

formità guarita con il taglio dell' aponeurosi plantare e dell'adduttore del pollice, ed in due, cioè nei due ragazzi in cui sussiste tuttora un tal poco di *varo*, sussiste pure quella morbosa curvatura a malgrado dell' uso continuato de' mezzi ortopedici. Già è stato concertato il tempo di correggere anche questa superstite difformità.

La flessione e l' estensione permanente de' diti, di cui si è sopra parlato, cedettero all' uso de' mezzi ortopedici, un caso eccettuato in cui fui costretto di ricorrere all' incisione dei tendini corrispondenti alla contrattura.

È superfluo ch' io ripeta che ogni atto operativo fu sempre seguito dall' applicazione di qualcheduno di que' mezzi ortopedici che il Signore Borella ed il Signore Pistono, genero e successore di lui, congegnano, come tutti sanno, con bella maestria e con variazione proporzionata alle varie indicazioni. Dei quali mezzi non è mio intendimento di parlare in questo luogo.

Io sto contento a queste generali indicazioni relativamente a que' dieci casi di piedi torti e senza dimorarmi su la ragione etiologica, anatomo-patologica e terapeutica di quelle difformità cotanto bene illustrate da quel bell' ingegno del Guérin, per cui è stato dimostrato che le differenti varietà del piede torto sono l' espressione della contrattura muscolare e che la loro terapia non altro è fuorchè la loro etiologia *a rovescio*, cioè la correzione del rattraimento muscolare nelle sue differenti manifestazioni, io passo subito a dire d' alcuni altri casi di piedi torti, più o meno complicati. Esco solamente alla sfuggita dell' argomento per notare com' io abbia sempre osservato, anche prima del bellissimo trovato delle incisioni sottocutanee per guarire la contrattura dei tendini, che i piedi torti varo o valgo, semplici od associati al piede equino, non che il talus e la contrattura de' diti, cedano, se non inveteratissimi, con molto maggiore facilità ai mezzi ortopedici che non le difformità dipendenti da accorciamento del tendine d' Achille e dell'aponeurosi e dei tendini della regione plantare.

Caso XI. — La Signora N., d' anni 9, dotata di temperamento

sanguigno e di gracile costituzione, fu nella prima infanzia tocca da gravi mali spasmodici stati conseguitati da strabismo e da torpidezza ne' movimenti delle estremità superiori ed inferiori, superstite la naturale sensibilità. Bel bello lo strabismo svanì e le estremità superiori ripigliarono per solo benefizio di natura il loro normale uffizio. Ma in quella vece continuò nelle inferiori la semiparalisia de' moti e ciò non solo, ma succedette per gradi il piede torto *equino-varo* doppio cioè d' ambo i lati e succedette pure la contrattura de' muscoli adduttori della coscia sinistra, per guisa che era ella impotente, non che a movere con franchezza le estremità inferiori, a reggersi su i piedi neppure con l' aiuto delle stampelle, ed in questa positura le gambe ed i piedi s' incrociavano e questi prendevano il punto d' appoggio su il suolo pel loro lato esterno. Non rimanevano del resto più tracce d' affezione del sistema nervoso. Con il taglio d' ambo i tendini d' Achille e poi con gl' opportuni mezzi ortopedici rimase del tutto corretto il piede torto equino-varo d'ambo i lati e nello spazio di sei mesi circa con il concorso delle unzioni di tintura alcoolica di noce vomica ritornarono i movimenti, per modo che la Signora N. è oggigiorno capace di camminare da sè senza il soccorso d' alcun appoggio. La stessa adduzione forzata dell' arto addominale sinistro è già in buona parte svanita con l' uso degli appropriati mezzi ortopedici e, non correggendosi del tutto, potrà più tardi vincersi con il taglio de' tendini rattratti (A).

Da questo fatto, oltre ad altre deduzioni che si possono trarre, rimane confermato quello che è già stato da molti Pratici osservato che nelle paralisie delle persone di prima età per solito i movimenti degl' arti addominali ritornano più tardi che non quelli degli arti toracici, al contrario di ciò che s'osserva negl' adulti.

(A) Ho, sono tre anni, sciolta con incisioni sottocutanee la continuità d'alcuni di quei tendini adduttori rattratti con così notevole vantaggio della Signora N. N. ch'ella è ora in grado di fare lunghe passeggiate.

Caso XII. — A. A. d' anni 20, stato ricoverato nella Clinica operativa, era dotato dalla natura d' un essere fisico e morale piuttosto misero e reso più misero ancora da quella brutta turpitudine dell' onanismo a cui era da più anni rotto. O sia per effetto di questo vizio o sia per effetto d' un grave raffreddamento di corpo a cui andò soggetto su i diciotto anni, il vero è ch' egli sofferse una violenta spinitide diffusasi al cervello con cloniche contrazioni de' muscoli delle estremità tanto superiori quanto inferiori, la quale, benchè combattuta con metodo antiflogistico, lasciò dopo di sè un' imbecillità quasi compiuta dell' ammalato, un tremito continuo degl' arti toracici, una considerevole inerzia degl' arti addominali ed il piede torto *equino-varo* dal lato destro. Appoggiava il piede al suolo pel suo lato esterno: era incapace di reggersi su i piedi, neppure con l'aiuto delle grucce e le sue gambe tendevano per moto involontario ad incrociarsi. Fatto il taglio del tendine d'Achille, poi applicati gl' ordinarii mezzi ortopedici e più tardi praticate unzioni di tintura di noce vomica, A. A. potè, quaranta giorni dopo l' operazione, reggersi in piedi e camminare anche con le grucce, ed ora che sono trascorsi dieci mesi dall' operazione egli cammina senz' alcun soccorso (Storia stata scritta dal Dottore Balestra).

Caso XIII. — Fu ricoverato nella Clinica operativa il nominato Battista Crosetti, d' anni 3, di cui la storia fu scritta dal Dottore Giacinto Pacchiotti. Questo bimbo ebb' a soffrire su i due anni una grave infiammazione dell' asse cerebro-spinale, accompagnata, al dire de' genitori, dai seguenti sintomi e segni: cefalalgia con capo caldissimo; occhi stralunati; contrazioni cloniche dei muscoli della faccia e degl' arti toracici; ansietà di respiro; talora sopore; enuresi; flessione permanente degl'arti inferiori. Guarito d' ogni altro malore per solo benefizio di natura, il bimbo rimase affatto impotente ad ogni movimento degl' arti addominali con la giunta della contrattura permanente del tendine d' Achille destro (piede *equino* destro), superstite però la sensibilità in quegl' arti. Vinta la difformità del piede

con il taglio sottocutaneo del tendine d'Achille, s'ebbe ricorso all'uso interno ed esterno della noce vomica. Già cominciavano a manifestarsi alcuni movimenti *rudimentali* attivi ne' muscoli estensori dei diti del solo piede stato operato, quando i parenti vollero ricondurre il ragazzo nel seno della famiglia e d'allora in poi nulla più seppi di lui. Temo però che la paralisia, atteso il suo grado estremo, sia per isfidare tutti gli sforzi dell'arte e della natura.

Noto qui a proposito di questo caso che la formazione e l'organizzazione della nuova porzione di tendine, destinata ad unire i due estremi del tendine d'Achille, fu egualmente pronta che in chi non coesiste paralisia.

Caso XIV. — Fu pure pronta la formazione e l'organizzazione della novella porzione di tendine nella Signora P., su i 54 anni, dotata di temperamento sanguigno e di vistoso abito capitale, ch'io vidi insieme con il pregiato amico e valente Pratico il Dottore Tarella. Ebb'ella a soffrire, ormai sei anni, un insulto apopletico con emiplegia del lato sinistro del corpo, dopo del quale rimasero allentate le funzioni affettive ed intellettuali; poco per volta si rendettero rattratti i diti e l'antibraccio dell'arto toracico sinistro; il piede sinistro diventò torto *equino-varo* ed andaron in una contrazione permanente i muscoli adduttori della coscia sinistra; ondechè questa, oltre all'essere in un'adduzione permanente, offriva una leggiera rotazione in dentro e la gamba sinistra ne' movimenti involontarii tendeva sempre ad incrociare la destra portandosi or avanti ora dietro della medesima. L'arto affetto eseguiva frequenti movimenti irregolari ed involontarii, ma per istimolo di volontà esso non si moveva che tutt'insieme e questo movimento totale aveva il suo centro nelle pelvi.

Benchè poco pochissimo di cosa fosse il potere motore di quell'arto, non per questo, se il piede non fosse stato per la sua difformità impedito d'applicarsi al suolo, l'ammalata avrebbe potuto, sorretta da grucce o da assistenti, eseguir alcune piccole passeggiate in luogo piano ed appropriato: la quale cosa quanto suffraghi un misero ridotto alla totale inerzia non è ch'io

dica. Invocato il mio soccorso, feci sperare all' ammalata che mediante il taglio del tendine d' Achille sarebbesi aggiustata la forma del piede, principale stromento di locomozione (A). Non taccio però che fui qualche tempo ondeggiante nell' eseguire cotest' imprendimento operativo pel timore che era in me ch'esso diventasse un concitativo della cronica subflogosi iperemica, forse già associata ad ammollamento dell' asse cerebro-spinale, la quale continuava tuttora, come ciò rivelavano ricorrenti dolori vaghi nel dorso, nelle anche e nell' arto addominale sinistro, frequenti sussulti di questo, irregolari accensioni calorose e sanguigne del capo, di volta in volta insulti febbrili anomali, ecc. Per buona sorte però l' operazione sortì un buon esito, il piede fu raddrizzato ed il male dell' asse cerebro-spinale non fu modificato in bene, ma neppure aggravato. È superfluo dire come quest' operazione la quale prova in casi congeneri l' utilità della sezione del tendine d' Achille, considerata soltanto come mezzo

(A) Non posso assentir all' opinione di Guérin il quale nei casi di contrattura permanente d' alcuni muscoli, specialmente delle estremità inferiori, con paralisia degl' antagonisti consiglia, prima della sezione dei tendini, l'uso de' mezzi capaci di correggere la paralisia a ciò indotto dall' idea che la tenotomia preventiva sarebbe inutile perchè l' arto non potrebbe compire i suoi uffizii con muscoli paralizzati e perchè pronto sarebbe il ritorno della contrattura pel difetto d' azione degl' antagonisti. Non posso assentirvi perchè vi sono dopo la tenotomia mezzi d' impedire il ritorno del rattrappamento anche vigente la paralisia. Non posso ancor assentirvi perchè, se la contrattura non è la causa della paralisia, può però aumentarla per la lunga inazione a cui condanna la parte affetta. Non posso ad ultimo assentirvi perchè il fatto mi ha dimostrato che quelli stessi mezzi diretti a vincere la paralisia i quali avevano dispiegata poca efficacia prima della tenotomia, si mostrarono ben altrimente efficaci dopo che, aggiustato con questa lo strumento del moto, gl' operati poterono, sorretti da grucce o da assistenti, eseguire quotidiani e più o meno protratti movimenti con il membro puntellato da adatti mezzi ortopedici, nessun ignorando come gl'appropriati movimenti siano bene sovente un utile compenso contro alla paralisia.

palliativo, sia di molto pregio; giacchè se è nell' arte nostra bella la missione di guarire, quella di palliare i mali che affliggono l' umana famiglia non è scarsa pur essa d' utile e d'allettativo.

Caso XV. — Il Signore B., della riviera di genova, d'anni 13, era da più anni affetto da notevolissimo piede torto *equino* sinistro, e ciò in seguito ad un' affezione nervosa intorno a cui non si poterono raccogliere giusti indizii. Offrivansi pur in esso lui rattratti i tendini flessori della gamba per cui il ginocchio saliva in un vistosissimo angolo. Offrivasi oltracciò molto circoscritto il potere motore di tutto l' arto affetto, poichè collocato questo sopra un piano uguale, B. non poteva, anche operando con quanta forza egli aveva, per nulla alzarlo dal suolo: naturale altronde era la sensibilità dell' arto affetto. Corretto con il taglio del tendine d' Achille il piede torto *equino*, s' applicò al ginocchio un' adatta macchina ortopedica, mediante la quale è desso ritornato quasi affatto nella sua naturale giacitura. Quello poi che più importa è che da alcuni giorni cominciò a manifestarsi un' insolita attività muscolare in tutto l' arto e, s' io non m' inganno, accenna ciò ad una guarigione della semiparalisia (A).

Caso XVI. — Il caso ch' io sto per narrare è notevole per ciò ch' esso m' ha offerto il grado estremo del piede torto *equino-varo*. Riesce eziandio singolarmente rimarchevole per ciò che, sebbene la novella porzione di tendine, anzichè essere stata formata da fibrina concrescibile ed organizzabile senza preceduta flogosi, lo sia stata da bottoncini carnosi cresciuti in seguito dell' infiammazione e della suppurazione dell' incisione sottocutanea, non perciò radicale fu la guarigione. È per ultimo ancora degno d' essere notato per ciò che non solo erano divenute più sottili le parti molli dell' arto affetto, come per solito succede in chi

(A) La mia previsione non s' è verificata. Con il tempo la sfera d' azione de' muscoli paralitici s' è bensì rallargata ma molto meno di quanto si sperava.

è da lungo tempo tocco della difformità di cui si tratta, ma pur essi gl' ossi lunghi di quell' arto erano cresciuti men in lunghezza che non i loro congeneri dell' arto sano (A).

Il Signore R., Regio Impiegato, su gl' anni 34 circa, di debole costituzione, gracile della persona e d' abito linfatico, era fino dall' infanzia affetto da piede torto *equino-varo* sinistro che aveva sempre sfidati tutti i mezzi dell' arte. Estremo era il piede *equino*, per modo che il calcagno era discosto dal suolo di circa 16 centimetri : il tendine d' Achille era molto spesso ed in quella vece sottilissima la cute che lo copriva. Notavasi nella parte anteriore della faccia plantare del piede una spessissima callosità. Il *varo* non era considerevole. Forzata era l'estensione de' diti e vistosa l' elevatezza degl' ossi formanti la linea articolare astragalo-scafoidea e calcaneo-cuboidea. Procurava R. di rendere facile l' andatura con uno stivaletto di cui egli con sempre nuove aggiunte di sostanze andava via cangiando i piani a mano a mano che la difformità cresceva ; sì che era ad ultimo cotesto stivaletto così bizzarramente composto che è cosa impossibile di prenderne l' idea senz' averlo sott' occhio. Si trovano presso il Signore Pistono così questo stivaletto come il modello del piede difformato. A malgrado però delle tante ripezzature state ideate dal ferace ingegno di R. e praticate a questo stivaletto con lo scopo d' addattarlo a un piede così stranamente difformato, le cose erano ridotte a tali termini che R. non poteva quasi più reggersi su i piedi e camminare. Fatta la sezione del tendine d' Achille con l' incisione sottocutanea, avvenne che, per la poca forza di nutrizione della pelle e per un' incauta pressione, abbia la ferita fatto passo all' infiammazione ed alla suppurazione e sia la pelle rimasta calterita per la larghezza d' otto linee circa tutt' in giro all' incisione, veden-

(A) Stato da molti osservato, questo fatto della minore crescenza degli ossi non solo in periferia ma anche in lunghezza nelle persone affette da piede equino, era molto notevole in un giovinetto tocco di piede equino che, sono tre anni circa, si presentò a me con lettera d' un valente Pratico di Novara il Dottore Pagani.

dosi attraverso di quell' apertura l' ampio vano che v' era tra i due estremi ritirati del tendine stato inciso. Opportunamente medicata quella ferita si disirritò, poi suppurò, poi si mondificò, poi si riempì di buoni bottoncini carnosi, poi cicatrizzò, e tutto ciò nello spazio di trenta giorni circa senza che sia insorto alcun accidente. Disirritata che fu, s' adattò l'opportuna macchina ortopedica diretta ad allungare il tessuto di novella formazione. In tal guisa s' ottenne una guarigione totale che dura già stabilmente da un anno e mezzo. Munitosi frattanto d' una scarpa con la suola alquanto più spessa per supplire con essa la già notata minore lunghezza dell' arto, R. cammina con tanta sveltezza e disinvoltura che empie di maraviglia tutti coloro che lo conoscono (A).

Caso XVII. — La particolarità del caso che sono per descrivere è che, per la forte e diuturna contrattura de' tendini, accadde con il progresso del tempo un tale cangiamento di configurazione delle linee articolari e degl' ossi, in un verso *sopranutriti* e nell' altro *denutriti*, che il taglio di que' tendini non fu più da tanto di correggere tutte le difformità. Grande lezione così per gl' ammalati come per i Pratici, da cui s' imparano i danni ai quali anche qui conduce l' indugiare co' mali.

La contadina Maria O., nubile, d' anni 18, bene menstruata, dotata di temperamento bilioso-sanguigno e d'ottima costituzione, fu ricoverata in uno de' letti della Clinica, a cui era applicato il Signore Gilardi, Allievo della medesima, per esservi curata da piede torto *equino-varo* di grado estremo, manifestatosi quindici anni prima dietro ad una mielitide acuta rivelata dai suoi particolari sintomi e specialmente da fiero e diuturno opistotono. I diti de' piedi offrivansi gl' uni in estensione forzata di tutte le falangi, gl' altri in estensione forzata della prima soltanto con flessione forzata delle altre. Molto sporgente e callosa

(A) D' allora in poi continuò lo stato di perfetta guarigione, come mi fu agli andati giorni riferito da un distinto Medico di Battaglione il Dottore Quaglio, amico ad R. e stato presente all'operazione.

era la porzione di pianta del piede che corrispondeva alle estremità anteriori degl' ossi del metatarso. Assai incurvati eran il lato interno e la faccia plantare del piede. Era questo così ripiegato in dentro che non poteva appoggiare su il suolo fuorchè pel suo dorso, in cui per la diuturna pressione era già cresciuto un voluminoso tumore. Vedevansi e toccavansi assai contratti il tendine d' Achille, quello del tibiale anteriore e l'aponeurosi plantare. Lo era meno il tendine del tibiale posteriore. Non parlo dell' accorciamento del piede. Non parlo pure della massima elevatezza degl' ossi componenti le giunture astragalo-scafoidea e calcaneo-cuboidea. Si prevedeva la difficoltà di correggere un tanto vizio; ma, per nulla lasciare intentato, l' arte secondò le ardenti brame dell' ammalata d' essere operata. Furono con incisioni sottocutanee tagliati il tendine d' Achille, quello de' muscoli tibiale anteriore e posteriore, non che l' aponeurosi plantare in più luoghi. Il vantaggio ottenuto fu che, cessata la rattrappatura del tendine d' Achille, Maria O. potè meglio appoggiare il piede al suolo. Ma rimanevano tutte le altre difformità per ciò che le giunture e gl'ossi deviati, per la cangiata loro configurazione, resistettero alle trazioni e pressioni fatte dai mezzi ortopedici e dirette a ricondurre quelle e questi al loro tipo naturale.

Dando a tutti i fin qui citati casi rapido uno sguardo puossi conchiudere che ne' piedi torti per rattrappamento de' tendini, generato da lesione de' centri o de' principali tronchi nervosi od anche de' rami minori, è facile difficile od impossibile il ritorno de'movimenti normali nell' arto operato secondo molte circostanze e soprattutto secondochè è cessata o no la principale lesione nervosa. Quando questa continua, vieppiù quando ha già indotto un vizio organico, non potranno ritornare i movimenti naturali, se prima non sarà per opera di natura o d' arte levato di mezzo quell' obice, il che non è sempre fattibile: entra in questo novero il caso 14. Ma anche quando è cessata la lesione nervosa e non ha lasciata dopo di sè alcun' altra alterazione fuorchè quella delle leve tendineo-muscolari, è ancora

dopo l' operazione facile o difficile, pronto o stentato od anche impossibile il ritorno de' movimenti normali secondo le seguenti circostanze. O l'affezione nervosa ha operato esclusivamente sopra i muscoli ed i tendini rattratti, illesi gl' antagonisti, ed in questo caso ritornano sempre dopo l' operazione i movimenti naturali, e non è per ciò necessaria alcun' altra condizione fuorchè quella dell' esercizio, acciò i muscoli di cui i tendini erano stati rattratti ed i loro antagonisti, rinvengano dall' inerzia in cui erano stati gettati dal lungo riposo; il che richiede, e non è necessario il dirlo, un tempo più o meno lungo secondo la diuturnità dell' inerzia: sono di questo novero i dieci primi casi sopra narrati, non che il caso 16. Od essa ha operato in uguale modo sopra muscoli e tendini antagonisti, nel qual caso la contrattura ha sempre luogo dalla parte de' flessori, come quelli che sono per natura prevalenti in forza; ed allora quel ritorno de' movimenti naturali sarà meno facile e sarà bene coadiuvarlo co' mezzi avvivanti il potere nerveo-muscolare: appartengono a questo novero i casi 11 e 12. Od ha essa operato generando contrattura in uno o più tendini e muscoli e paralisia compiuta negl' antagonisti, rivelata dalla flacidità dell' arto il quale si move solo nel verso de' muscoli non paralitici, si move per salti e con movimenti di *totalità*, ubbidisce passivamente alle scosse che gli si danno, è meno sensibile e meno caldo, ecc., indizii che s' incontrano pure, ma in minore grado nella torpidezza semiparalitica; ed allora avviene che dopo l'operazione s' incontri qui, come nelle paralisie compiute senza contrattura, non che massima difficoltà, quasi sempre impossibilità di ritornare all'arto i suoi naturali uffizii; la quale cosa è da tutti i Pratici conosciuta: entra in questo novero il caso 13. O finalmente è reso impossibile il ritorno de' movimenti, non già per la lesione nervosa o per quella delle molle tendineo-muscolari, ma per la cangiata configurazione delle giunture e degl'ossi, come prova il caso 17 (Estratto dal *Giornale delle Scienze Mediche*, anno 1842 (A).

(A) La tenotomia la quale è per certo un sommo benefizio, ha anche i suoi esageratori. Alcuni fra questi facendo altamente suo-

nare i suoi pregi, pretendono che i mezzi ortopedici non possano da se soli guarire il rattrappamento dei tendini, come se, prima della tenotomia, non avesser essi mai resi alcuni utili servizii. Altri poi attenuano i servizii che l'ortopedia rende alla tenotomia, tenendola qual un aiutarello da poco. Ed hanno nel mio concetto torto gl'uni e gl'altri. Prima e dopo il trovato della tenotomia, vidi più casi di rattrappatura de' tendini stata corretta permanentemente co' soli mezzi ortopedici. Ciò vidi soprattutto quando la contrattura era recente; quando non era ancor associata a trasformazione fibrosa del muscolo di cui il tendine era rattratto, il quale era perciò ancora suscettivo d'allungamento, e ciò soprattutto se l'arto affetto non era ancora dimagrato od aveva poco perduto del suo naturale volume. Sarebbe superfluo notare come in circostanze a queste opposte abbiasi a riporre poca speranza ne' mezzi ortopedici.

Questi ultimi mezzi poi servono per solito molto utilmente alla tenotomia prima e dopo la sua attuazione. S' incontran alle volte tendini così profondamente internati tra nobili parti che risicosa potrebbe talvolta riescire la loro sezione senza l' uso preventivo più o meno continuato de' mezzi ortopedici che gli rendono più superficiali e più evidenti. Se poi dopo la sezione de' tendini non si ha cura di mantenerli per lungo tempo in istato d' allungamento co' mezzi ortopedici cioè fin a che il nuovo materiale organico che, a guisa di rapezzatura, s' intropone tra gl' estremi divisi non siasi indurato e non abbia perduto quella tendenza al restringersi che, come corpo inodulare, ritiene lungamente, si corre il pericolo o di conseguire una guarigione incompiuta o di vedere ripristinato il male primitivo. Ciò dico per una lunga sperienza che mi ha fatto toccare con mano come tra i *tenotomizzati* coloro appunto abbiano conseguita una guarigione più radicale e più permanente i quali si sobbarcaron al lungo uso e paziente de' mezzi ortopedici. Oltrechè la grande potenza dell' ortopedia nel conservare i frutti della tenotomia è abbastanza provata dalla poca utilità della sezione de' tendini attinenti ad organi che respingon l' applicazione de' suoi mezzi.

NOTEVOLE STRINGIMENTO

DI VAGINA

stato vinto con incisioni sottomucose.

L' utile *principio* delle *incisioni sottocutanee* è una specie di miniera la quale diventa tanto più feconda e ricca quanto più si scava. Non verrò io dicendo a coloro che conoscono tutti i progressi della Scienza, le utili applicazioni che sono già state fatte all' arte di guarire d' un così fatto *principio* il quale pei suoi evidenti meriti ed inestimabili ha così presto acquistato un imprescrittibile di cittadinanza nella Scienza ; ma solo è mio intendimento di narrare così alla sfuggita un caso di rimarchevole stringimento della vagina in cui io v' ebbi utilmente ricorso.

La contadina Margherita M., d' anni 30, nata da parenti sani, ritrasse dalla natura, insieme con un temperamento sanguigno e con una forte costituzione, armoniche e belle forme di corpo, prontezza di percezione e squisita sensibilità fisica e morale. Andò a marito su i 13 anni. Fu menstruata su i 17. La comparsa della menstruazione fu per alcuni mesi preceduta da cefalalgia, turbazioni nervose, dolori uterini e lombari ricorrenti, ecc. Dopo la sua comparsa cotesta funzione fu sempre irregolare; per guisa che ricorreva raramente due mesi di seguito : fu pure

sempre scarsa, tranne su i 20 anni in cui, previo un ristagno di cinque mesi, manifestossi un' impetuosa emorragia che richiese un energico metodo antiflogistico per essere domata. In età di anni 28 ingravidò essa per la prima volta e la gravidanza fu assai molesta, specialmente ne' tre primi e ne' tre ultimi mesi. Il parto riuscì lunghissimo e dolorosissimo e, previi molti inutili tentativi di rivolgimento, fu ultimato con il forcipe. Di ciò la conseguenza fu una fierissima vaginitide la quale riescì alla ulcerazione ed allo stringimento della vagina in vicinanza della sua entrata. In questo stato di cose Margherita M., dopo avere per lo spazio di sei mesi sofferte tribolazioni di più maniere, fu ricoverata nella Clinica operativa verso la metà del mese di aprile dell' anno che corre. Era questo il suo stato. L' entrata della vagina presentavasi chiusa da un resistente e circolare diaframma, formato da sostanza verosimilmente *inodulare* ed offrente nel centro un foro il quale poteva appena capire un catetere di quattro linee. Sottile e teso nei contorni di questo foro, l'ora detto diaframma offriva nella sua base che era dura ed aderente, la spessezza d'un mezzo pollice e più. S'è tentato di dilatare quel foro con minugie e con ispugne, ma si dovette tosto desistere dal tentativo per l' acerbità dei dolori che traeva dopo di sè con minaccia d' ulcerazione del morboso cercine. Non perciò fu del tutto vano quel tentativo, poichè s' è dopo potuto, tuttochè con qualche stento, introdurre l' apice del dito indice della mano sinistra nella vagina fin al di là del nominato diaframma e riconoscere al giusto il suo interno confine. Ciò ottenuto, mi corse spontanea alla mente l' idea di scemare la resistenza della base del morboso cercine con reiterate incisioni *sottomucose*, praticate in giro alla medesima. Eranvi argomenti per presupporre che, ridotta in tale guisa la resistenza del tramezzo morboso al solo contorno del foro centrale, avrebbe poi questo facilmente ceduto ai mezzi dilatanti. E di vero, attuata cotest' idea con quattro incisioni praticate due su il lato destro e due su il sinistro dell' entrata della vagina, mi venne subito fatto d' introdurre con massima libertà tutto il dito indice nella medesima. La quale

io rinvenni divisa in due cavità da un tramezzo longitudinale che non aveva però alcun' attinenza al più volte citato morboso diaframma. Rinvenni pure che quelle due cavità, più però la sinistra che non la destra, erano divise da altri minori tramezzi di cui gl' uni trasversali e gl' altri obliqui, risultandone altrettante anfrattuosità. Con forbici dalla punta ottusa ho subito inciso tutti que' tramezzi e ridotta la vagina alla sua naturale forma. Con lo scopo poi di rendere permanente l' ottenuta dilatazione, anzi maggiore, ho introdotto senz' alcuna difficoltà un cilindro in cera del diametro di circa 14 linee. Il quale cilindro venne nei dieci giorni successivi aumentato al diametro di 20 linee circa. Non tutte le parti però dell' entrata della vagina dilatavansi con eguale facilità poichè, mentre arrendevoli erano i lati in corrispondenza delle praticate incisioni sottomucose, il che era un argomento incontrastabile della loro utilità, molta resistenza offrivan ancora la sua parte anteriore rivolta all' uretra e la sua parte posteriore rivolta al *retto*. Il perchè ho giudicato convenevole di praticare pure due incisioni sottomucose in ciascheduna di queste sedi, e ciò con la guida d' un grosso catetere introdotto nell' uretra e del dito indice introdotto nell' intestino *retto*. D' allora in poi nulla più vietò l' introduzione di sempre crescenti cilindri in cera; per modo che in poco tempo fu la vagina pressappoco rintegrata nel suo pristino diametro. Ciò non ostante, seguendo l'abitudine da lunghi anni invalsa nella Clinica operativa di non rimandare dalla medesima fuorchè dopo un tempo più o meno lungo di osservazione coloro fra gl' operati di cui le malattie sono soggette a riproduzione, s' ottenne che l' operata la quale chiedeva di rimpatriare, vi si fermasse ancora per lo spazio di venti giorni. A capo de' quali vedendo che stabile mantenevasi l' ottenuto benefizio ne fu ella congedata con il consiglio di continuare per qualche tempo l'introduzione del cilindro in cera. Al che essendosi ella aderita, non fuvvi fin qui ritorno del male, siccom' ebbi recente occasione di sincerarmi (Le notizie correlative a questo caso sono state raccolte dal Dottore

Vigna). Estratto dal *Giornale delle Scienze Mediche*, anno 1842 (A).

(A) Un giovine Dottore, già mio Allievo, ebbe la gentilezza di scrivermi, sono ora due anni, che avendo visitata l'operata M. riconobbe che l' interno della vagina era, per larghezza, in istato pressochè naturale, ma che la sua entrata s' era di nuovo alquanto ristretta, ondechè credette egli buon consiglio di ricorrere nuovamente a mezzi dilatanti.



MOSTRUOSITÀ

Da difetto degl' ossi metacarpei e falangei, e da incompiuta evoluzione de' carpei della mano destra, unita ad altri particolari del corrispondente antibraccio e degl' ossi che lo formano.

Caterina Bordese, d' anni 16, di temporamento sanguigno-linfatico, affetta da blefaritide ghiandolare e coricata nella Clinica operativa, presenta una mostruosità dell' arto toracico destro, costituita principalmente da difetto della mano. Eccone la descrizione.

Tra sè paragonati i due antibracci in pronazione, si conosce esser il destro più corto del sinistro di tre diti trasversi. Paragonando poi separatamente gl' ossi dell' antibraccio destro, scorgesi l' estremità inferiore del cubito oltrepassare d' alcune linee quella del radio. Gl' ossi carpei son in istato *rudimentale* e si movono con forza per istimolo di volontà. L' arto ha termine in questi ossi, offrendo la forma quasi d' un mezzo uovo con la convessità inferiormente e tutta coperta di rughe la pelle corrispondente. Convergenti verso l' esterno lato dell' antibraccio e divergenti nel verso opposto, queste rughe sono nell' immobilità dell' arto altrettanto piccole e superficiali quanto diventano vistose ed avvallate quand' esso si move con forza, rappresentando fin ad un segno nella loro piccolezza i movimenti della proboscide del liofante. Il polso è appena percettibile nelle corrispondenti arterie radiale e cubitale (Estratto dal *Giornale delle Scienze Mediche*, anno 1842).

CASO DI NEURALGIA

Stata guarita con incisioni sottocutanee.

Sono già stati registrati negl'Annali dell' arte alcuni pochi casi di *neuralgie* state guarite con *incisioni sottocutanee.* A questi casi io vengo aggiugnerne un altro congenere ed è il seguente.

Domenica Abrardo, serva, nubile, su i 28 anni, dotata di temperamento misto linfatico-nervoso-sanguigno, nata da parenti sani fu nell' età d' anni 10 tocca di grave dolore nella parte esterna del ginocchio destro senz' apparente gonfiezza, il quale dopo un corso di quattro mesi cessò co' mezzi antiflogistico-revellenti. Tarda occorse la menstruazione cioè ai diciassette anni e questo ritardo fu la probabile cagione delle ricorrenti cefalalgie, vertigini e sordaggini ch' ella ebbe a soffrire dai quindici ai diciassette anni. Dopo il corso di tre mesi la menstruazione ristagnò per un anno, poi ritornò scarsa, stentata e dolorosa, e questo suo alternare di comparse e sparizioni durò sin ai ventitrè anni in cui divenne regolare ma scarseggiante, qual è tuttora.

Su i ventitrè anni ritornò, altresì senz' alcuna gonfiezza, l'antico dolore del ginocchio e questa volta fu esso in breve cacciato con tre salassi generali e poi con un abbondante sanguisugio locale. In età d' anni 24 l' ammalata fu contaminata dalla scabbia la quale, assalita con la pomata citrina, guarì imper-

fettamento ; poichè da indi in su le si manifestarono due o tre volte nell' anno pustole quà e là in varie sedi del corpo, massimamente nelle natiche. Su lo scorcio del mese di gennaio del volgente anno avendo ella lavorato più del solito, ricomparve il dolore. Le embrocche mollitive in prima e poi le unzioni con la pomata emetica lo temperaron alquanto ma non lo spensero ; per guisa che continuando esso tuttora molesto furono per consiglio d' una persona dell' arte applicate, quattro mesi appresso cioè su il fine di maggio , alcune mignatte su il luogo dolente e poi cataplasmi mollitivi ma senz' alcun sollievo. Ondechè dopo aver anche usati molti rimedii empirici , scorata , contristata e quasi non più aiutata da alcuna speranza di guarigione, l' ammalata riparò nella Clinica operativa ai 15 di luglio p. p. L' andamento del male fu ne' due primi sopraccitati insulti il seguente. Ricorreva il dolor ad intervalli irregolari con forma d' acuta trafittura ed aveva sede al di sopra del capo del peroneo nello spazio interposto tra questo ed il corrispondente condilo del femore, di dove nel suo auge diramavasi più o men in su per il lato esterno della coscia ed in giù per il lato pur esterno della gamba, accompagnato da un senso ora d'intormentimento, ora di formicolìo in quasi tutto l' arto : la pressione non lo inacerbiva : nessun' altra parte mostravasi coaffetta : non coesisteva , ed è già stato notato , alcuna gonfiezza.

In quella vece nell' attuale insulto il dolore, senz'avere cangiato di luogo, era continuo, più intenso e diffuso a maggiore distanza dalla sua sede primitiva; la pressione l'aumentava ed era associato ad una sinoca piuttosto notevole con grave cefalalgia, orina rossa e scarsa, aumento di temperatura, polso teso e vibrato , ecc. La quale sinoca svanì nello spazio d' otto giorni con il riposo, con la dieta severa, con tre salassi generali e con le bevande rinfrescative e solutive. Questa coaffezione vasale era stata evidentemente dipendente da una o più di queste tre cause , e ciò sono le vicissitudini atmosferiche, la fatica del viaggio e l' essere stata la menstruazione la quale era occorsa poco prima , più

scarsa che non per l'addietro ; ma non potevasi in nissun modo attribuir all' affezione del ginocchio , giacchè questa n' era stata scompagnata ne' suoi antecedenti insulti e non cessò con il metodo che cessò la sinoca , ma rimase soltanto mitigata nel suo grado e nelle sue diffusioni , e da continua diventò ricorrente, superstite però ancora, a differenza dei precedenti insulti, il dolore sotto la pressione. Levata di mezzo quella complicazione e ridotto il dolore ne' termini poc' anzi detti, s'ebbe per dieci giorni ricorso a dosi generose d' unguento mercuriale belladonnato, spalmato sopra pannilini ed applicato al luogo dolente. S'applicò lo stesso unguento ben bene alloppiato per altri dieci giorni e s' amministrò nel medesimo tempo internamente l' estratto d' aconito e l' acqua di lauro ceraso a dosi generose. Ma niente altro s' è conseguito da cotesta medicazione, avvalorata dal riposo e dall' opportuna dieta, fuorchè un' attenuazione del dolore di cui le trafitture divennero più rare e men intense. Il quale utile effetto di mezzi desunti quasi tutti dalla sola classe dei deprimenti svelava bensì la natura *erettile* della neuralgia , ma non era tale che bastasse a soddisfare ai voti dell' arte e meno ancor alle brame dell' ammalata la quale anelava ad ogni tentativo che le si proponeva e , vinta com' era dal tedio del male , pronta e volonterosa vi si sottometteva. Il perchè verso la metà del mese d' agosto io ho praticata l' *agopuntura* , del valore della quale in simili incontri io sono già stato sincerato da molte prove. Ho impiegato dieci aghi i quali rimasero infissi nelle carni per tre ore. L' utile che ne ridondò fu notevolissimo; per modo che l' ammalata confessò da nessun altro rimedio esser ella stata meglio sollevata quanto dall' agopuntura. Erano cessate le diffusioni dolorose per la coscia e per la gamba : il dolore erasi perciò ristretto al lato esterno del ginocchio negli angusti confini della sua prima sede ed era oltracciò divenuto molto più temperato e raro. Fu però di poca durata il sollievo, poichè cinque giorni appresso ricominciava il dolore ad imperversare. Allora l' indicazione di ripetere l' agopuntura sembrava piana ed essa s' affacciò al mio animo.

Ma siccome da lungo tempo germogliava nella mia mente l' idea di metter al confronto pratico il valore dell' agopuntura e delle incisioni sottocutanee nella cura delle neuralgie, così mi parve bella e da non preterirsi l' occasione d' avvicendare l' uso di que' due compensi e di venire per esperienza in cognizione del loro merito comparativo. Ho perciò effettuata con un coltellino di lama strettissima, ch' io teneva con la mia mano destra, due incisioni sottocutanee tra sè parallele, una distante tre linee e l' altra cinque dal capo del peroneo, dirette tutte e due dalla parte posterior all' anteriore rasente il periostio. Rivolto quindi il filo dello stromento verso la pelle, ho inciso i tessuti interposti tra il piano di questa ed il piano del periostio. Nè ciò solo; ma rivolto poco poi il medesimo filo al basso ed all' alto ho dissecata la pelle per un piccolo tratto. Mi fu in ciò d' utile guida il dito indice della mano sinistra di cui l' apice applicato alla pelle scorreva blandamente sopra la medesima in contrapposizione del filo dello stromento di cui favoriva l' azione. Quest' operazione, tantina quale fu, riescì così prontamente efficace che tre giorni appresso non era più nella sede operata ombra di dolore nè *ad sensum*, nè *ad tactum*. Rimaneva solo alquanto dolente il tessuto collocato poco più in su delle praticate incisioni. Ciò stante, anzichè ripetere, com' era mio primo divisamento, l' agopuntura, furono, ad istanza anche dell' ammalata, ripetute due altre incisioni sottocutanee nella superstite sede dolorosa, e ciò secondo le stesse norme con cui erano state praticate le prime. Da quel momento restò in nulla il dolore e più non ricomparve ne' quattordici giorni di convalescenza in cui l' ammalata si fermò ancora nell' Ospedale prima di rimpatriare. La guarigione sarà essa permanente? Io non so dirlo. Anche nella supposizione che non lo sia, non è però meno provata l' utilità delle incisioni sottocutanee in casi congeneri ogni volta che la sede del male non le vieta. Condanniamo noi come inutile la china nelle malattie periodiche, il mercurio nelle sifilitiche per ciò che gl' ora detti mali, una volta vinti da que' farmaci, talora ritornano? (Le

circostanze relative a questo caso furono notate dal Dottore SANTANERA). Estratto dal *Giornale delle Scienze mediche*, anno 1842 (A).

(A) Nello stesso anno 1842 ebbi utilmente ricorso all' incisione sottocutanea nel seguente caso di neuralgia.

Ai 15 di settembre fu ricoverato nella Clinica Operativa il contadino Giuseppe N. da Moncalieri ; anni 21 ; dotato di temperamento misto sanguigno-linfatico-nervoso con qualche tendenza alla scrofola erettile ; costituzione gracile ; mediocre evoluzione della corporatura ; animo apatico e pusillanime ; nato da parenti avanzati nell' età , malsani , di fibra lassa e rotti ad ogni sorta di stravizzi; stato nella sua adolescenza ridotto a mal partito dal vaiuolo e dalla tosse convulsiva. Datosi ai 12 anni perdutamente all' onanismo ed agli stravizzi fu più volte colpito da mali infiammatorii e nervosi stati sempre domi con il metodo antiflogistico. Ai 15 anni cominciò ad essere soggetto ad abbondanti e frequenti epistassi che continuano tuttora. Ai 19 fu , in seguito ad abuso di liquori spiritosi , assalito da una violenta colica infiammatoria che richiese otto pronti salassi. Non ancora bene ristabilito dalla colica rilevò , per la caduta d' un mattone da luogo elevato , una grave contusione su il dorso del piede sinistro. La pronta e rigogliosa gonfiezza infiammatoria che ne risnltò fu vinta con quattro salassi , con la dieta, con i protratti bagni locali freddi ; ma lasciò dopo di sè un dolore leggiero nel riposo , acuto nel passeggiare, di cui la sede era nella metà circa della pianta del piede in corrispondenza del terz' osso del metatarso e che cresceva con la pressione anche non forte ; il che pareva indicare che non avesse attinenza alla lesione di tessuti profondamente collocati nella pianta del piede. Ricoverato nella Clinica dopo due anni di patimenti ora maggiori ora minori contro a cui aveva egli in vano cercato un correttivo in cento mezzi empirici e già provati inutilmente nella medesima due sanguisugii , cataplasmi mollitivi , rimedii torpenti interni ed esterni e simili, io ho su i primi giorni d' ottobre di detto anno cioè 20 giorni circa dopo la sua accettazione deliberato di ricorrer all' incisione sottocutanea. Ho per ciò impiantato nella sede del dolore e fatto scorrere trasversalmente alla pianta del piede per la lunghezza d' otto linee circa un sottile gammautte retto afferrato con la mano destra , comprendendo il tessuto celluloso sottocutaneo e forse la aponeurosi plantare ; quindi rivoltone il filo verso la pelle , ho tagliati i tessuti interposti tra questa ed il corso del gammautte

con la guida pure del dito indice della mano sinistra, di cui l'apice applicato alla cute scorreva sopra la medesima contrapposto al filo dello stromento di cui favoriva l' azione. Ne usciron appena alcune gocce di sangue. Si coperse la piccola ferita con un pezzetto di tela spalmato di cerotto di diaquilonne a cui fu soprapposta una piccola compressa contenuta con una semplice fascia e si commise il membro all' immobilità. Cessò nello spazio d' otto giorni ogni sensazione attinente a quell' operazioncella e nel tempo stesso disparve altresì il dolore primitivo *ad sensum et ad tactum*. La marcia divenne libera ; di guisa che N. , dopo esser ancora stato dieci giorni in osservazione , non provando più alcun incomodo prese congedo dalla Clinica ai 22 del citato mese d'ottobre (Le notizie di quest' osservazione furono registrate dal Dottore Francesco Gabbia).



NUOVE VEDUTE CURATIVE

intorno alla lussazione del capo dell' omero con frattura del suo collo.

A malgrado delle investigazioni e degli scritti d' un gran numero di zelanti Pratici e coscienziati intorno alle lussazioni ed alle fratture sonvi ancora in questo genere di mali alcuni argomenti molto ingarbugliati. In prova di ciò io cito fra gl' altri quello che è mio divisamento di prendere qui di mira e che ragguarda alla lussazione del capo dell' omero complicata a frattura del suo collo anatomico o chirurgico. Nella quale dispiacevolissima complicazione di mali la frattura, come ben si sa, è sempre secondaria alla lussazione: perciocchè se la frattura dell' osso accadesse prima della sua lussazione, questa non potrebbe più avere luogo sì perchè mancherebbe la leva che dovrebbe effettuarla e sì ancora perchè la forza lussante sarebbe stata esaurita dalla rottura dell' osso. Ora bene intorno a questo argomento rimangon ancora nel campo della Scienza molti rovi da sterpare e grandi lacune, specialmente per riguardo alla terapia la quale, s' io non son in grand' errore, può essere molto migliorata, come faranno prova i fatti che addurrò più innanzi. Prima però non sarà male di discutere con imparzialità e con ponderazione il valore delle opinioni cliniche che dominarono sin qui su questa materia.

Secondo quelle opinioni mette bene in sì fatto incontro una delle tre seguenti pratiche:

A. *O si ripone subito l' arto in un bendaggio da frattura o di Sculteto, poi si stringe quanto basta con assicelle, per modo che sia renduto continuo e poi, collocati i lacci destinati all' estensione sopra le medesime assicelle, si procede subito alla riduzione della lussazione come se il membro non fosse lussato.* Non vi vuole molto a vedere che, utile ne' casi in cui il frammento lussato è lungo a segno che dà una facile presa alle assiccelle, questa pratica è senz' alcun pro dolorosa ne' casi opposti cioè quando il frammento lussato per la sua brevità non offre quella presa, com' appunto succede nella lussazione del capo dell' omero associata alla frattura del suo collo. E di ragione, leggiamo che Bersnestein, Baroni ed altri hanno potuto con quella pratica venir a capo di ridurre recenti lussazioni dell' omero e Bloxham del femore (*Gaz. Med.* 1833), complicate a frattura. Ma questa frattura era nella parte media dell' omero o del femore, o nell' unione del terzo superiore di questi ossi con il loro terzo medio: l' osso lussato offriva in una parola un lungo frammento che diede presa ai mezzi meccanici. Al contrario dov' è nella nostra Letteratura un caso, un solo caso provante che siasi con quella pratica ridotta una lussazione dell' omero complicata a frattura del suo collo anatomico o chirurgico? Lo cerchiamo in vano.

Il solo Böttcher dice avere ridotte lussazioni distanti quattro soli diti dalla frattura. Ma, mi si dica in grazia, quale conto hassi a fare d' una sì fatta asserzione, gettata come a caso, vedovata di fatti in appoggio e non avvalorata dalle opportune circostanze di tempo, di mezzi stati impiegati e di membri che erano lussati e rotti? Nessuno, assolutamente nessuno.

Conchiudiamo dunque che quella pratica, giovi il ridirlo, può esser utile ne' casi di lussazioni dell' omero complicate a frattura del medesimo ogni volta che il frammento lussato rimane sufficientemente lungo per dare presa ai mezzi meccanici, ma che nello stato attuale della Scienza può essa per ragioni inverse

essere senza tema d' errare proclamata inutile nelle lussazioni dell' omero congiunte con la frattura del suo collo anatomico o chirurgico. Conchiudiamo perciò ancora che la massima di trasportare la terapia d' una specie all' altra non è fondata nè su la ragione nè su i fatti.

B. *O si applica all' arto lussato e rotto lo stesso metodo di cura, non però subito come nel caso di cui s' è fin qui parlato, ma dopo trascorsi i primi sintomi d' irritazione traumatica cioè otto o dieci giorni dopo l' accidente.* È inutile dire molte parole per dimostrare che le ragioni le quali provarono l' inutilità del sopra detto metodo curativo, applicato *immediatamente* alle lussazioni dell' omero complicate a frattura del suo collo anatomico o chirurgico, provano pure la sua inutilità quando sia esso applicato *mediatamente* cioè dopo trascorsi i più vistosi sintomi della riazione traumatica. Anzi in quest' ultimo caso è esso peggio che inutile: è dannoso. Parrà ciò piano a chi riflette che l' infiammazione traumatica scema in otto o dieci giorni d' intensità e di manifestazione, ma non si spegne in così poco di tempo e che sarebbe perciò cosa oltre al dire pericolosa il cacciarsi a tirare i ligamenti, tendini, muscoli ancora infiammati. Havvi altronde negl' Annali dell'arte un esempio, un solo esempio da cui emerga che quel metodo sia stato in tali o somiglianti casi ridotto ad arte con profitto? Per la quale cosa non so capire come uno Scrittore d' alto senno, traveduta l' inutilità e la pernizie di così fatto compenso, siasi, non è ancora gran tempo, lasciato indur a consigliarlo.

C. *O si cura prima la frattura ed ottenutane la consolidazione si tenta la riduzione dello slogamento.* Senza negare l' utilità di questo spediente quando l' omero lussato è rotto a molta distanza dalla giuntura, noi possiamo però fondati su la Storia dell' arte, su la ragione anatomo-fisio-patologica e su i fatti asseverantemente dire ch' esso è inutile, forse dannoso, allorchè l' omero lussato è infranto nel suo collo anatomico o chirurgico.

Rovistando la Storia dell' arte quella massima si trova ripe-

tuta ad ogni piè sospinto, ma i fatti che ne rendono autentica l' utile applicazione pratica alle lussazioni dell' omero con frattura del suo collo dove son dessi ? Gli cerchi in vano.

Se consultiamo la ragione anatomo-fisio-patologica ci dice essa che le fratture del collo dell' omero alle volte non si consolidano e che, quando si consolidano, esige ciò per solito lo spazio di più mesi : la quale circostanza è già causa che sia, se non impossibile, difficile la riduzione della lussazione. Ci dice che la flogosi sussecutiva alla lussazione congiunta con la frattura è più intensa e di maggiore durata e che lascia ordinariamente dopo di sè una notevole rigidezza de' ligamenti e delle altre parti circostanti alla giuntura : il che costituisce un' altra difficoltà alla riduzione. Ci dice pure che nella frattura del collo dell' omero il callo irregolare che ne risulta cancella tutta od in parte la cavità glenoidea : la quale cosa è un' altro ostacolo al ritorno del capo dell' omero nella medesima. Ci dice ancora che il capo dell' omero ed il suo corpo non essendo su il medesimo asse nè su il medesimo piano, il callo debbe neccessariamente risultar angoloso. Ci dice parimente che, comunque s' operi per ridurre l' osso lussato dopo guarita la frattura, la forza impiegata opera su il callo che è nell' asse della parte più lunga dell' arto la quale offre la principale leva meccanica. Fa in fine supporre, ciò stante, essere cosa più probabile che ne' tentativi di riduzione rimanga spezzato il callo o rotto l' osso in un' altra sede anzichè ridotta la lussazione.

Se in fine noi consultiamo i fatti, ci porgon essi la ragione del silenzio della Storia dell' arte e sono nel tempo stesso la conferma ed il suggello delle verità dedotte dalla ragione anatomo-fisio-patologica.

Ne citerò in prova un solo che m'è occorso verificare, ormai 20 anni, quand' io copriva il posto d' Incisore anatomico e che trovo minutamente notato in uno de' miei diarii. È desso, secondo me, assai prezioso per la luce che diffonde su l' argomento di cui si tratta. Eravi un giorno fra i cadaveri dell'Anfiteatro anatomico quello d' un uomo su i sessant' anni circa,

offrente i seguenti particolari: arto toracico sinistro ridotto, al paragone del destro, d' un terzo del suo volume e, giudice l' occhio, alquanto più breve: piccola e dura eminenza sotto la clavicola: un' altra piccola eminenza dura ed angolosa nel cavo dell' ascella: un avvallamento non molto notevole sotto la sommità dell' acromion: acromion non tanto sporgente come nelle lussazioni recenti: cubito alquanto scostato dal tronco senz' esser inclinato verso la parte posteriore: l' antibraccio piegato e rigido nella giuntura omero-cubitale; però con la trazione diventava esso semiflesso, rimanendo in questo stato molto teso e rialzato il tendine del bicipite: facendo eseguire movimenti di rotazione al braccio questi si propagavano alla detta eminenza sottoclavicolare. Avendo pure impressi altri movimenti al braccio ci accorgemmo che non poteva scostarsi dal petto, su il piano dell' estremità inferiore dell' omero, più di 10 a 12 centimetri e che limitatissimi eran i movimenti verso la parte posterior e più ancora verso l' anteriore. Badando alla minore lunghezza del membro ed alla tumidezza dura della cavità ascellare era facile prevedere che si trattava qui di vecchia lussazione dell' omero complicata a frattura del suo collo. Fatta una diligente dissecazione dell' arto, s' ebbe la immediata conferma di quella diagnosi e la precisa cognizione della disposizione e giacitura delle interne parti, state, già gran tempo, cotanto gravemente malmenate. Ecco in succinto il risultamento di quella dissecazione. 1.° Capo dell' omero impicciolito, alquanto schiacciato, intonacato ne' luoghi in cui era a contatto con parti solide d' una materia avente la durezza e quasi la levigatezza dell' avorio, appoggiato alla seconda ed alla terza costa *vere* sotto la parte media della clavicola, verso il lato sternale dell' apofisi coracoide. 2.° La cavità glenoidea priva di cartilagine e piena di materia fibrosa organizzata. 3.° Appoggiata subito sotto il lato inferiore della cavità glenoidea su il principio del margine ascellare della scapola, l' estremità del frammento inferiore dell' omero era riunita ad angolo ottuso con il capo del medesimo mediante un callo os-

seo informe, coperto in alcuni luoghi di piccole stalattiti ossee. 4.° Un intonaco osseo-cartilagineo copriva la pur ora detta cavità in cui giaceva il capo dell' omero e questa cavità di forma oblunga estendevasi sin alla parte superiore del lato ascellare della scapola dov' appoggiava il callo osseo di consolidazione: questa pseudo-cavità aveva tale forma e giacitura che doveva rendere molto circoscritti i movimenti del capo dell' osso e del già detto callo osseo. 5.° Del rimanente queste ultime parti erano circondate da una nuova capsula molto densa e formata a spese del tessuto celluloso e forse della primitiva capsula articolare di cui eranvi poche tracce, e nella spessezza di quella nuova capsula incontravansi parziali incrostazioni ossee. 6.° Libera in corrispondenza del capo dell' omero, questa novella capsula era aderente da un lato al callo osseo e dall' altro alla lunga porzione del bicipite: da qui nasceva probabilmente la contrattura dell' antibraccio. 7.° L' informe cemento che osservavasi nel luogo d' inserzione de' muscoli sottoscapulare, sopraspinoso, sottospinoso e rotondo minore non permetteva di dire quale genere di lesione avessero rilevata nel tempo dell' accidente, ma per certo fu essa gravissima. 8.° Segato il capo dell' omero nel verso della sua lunghezza, si riconobbe che la frattura non era succeduta nel vero collo anatomico, ma che una piccola porzione del capo dell' omero, inchiusa la sua grande tuberosità, era stata aderente al medesimo. Messo allora in serbo, quel prezioso pezzo anatomico andò con il tempo perduto con massimo mio rincrescimento.

Il Dottore Hingeston (*Gazzetta Medica* 1841) ha pure descritti i risultamenti anatomo-patologici ch' egli incontrò nel cadavere d' un uomo il quale aveva sofferta una lussazione dell' omero complicata a frattura del suo collo, pressappoco simile a quella che fu per me osservata e sopra descritta.

Però nel caso narrato da Hingeston si rinvenne la capsula articolare primitiva; imperfetta e solamente fibrosa la riunione del frammento inferiore dell' omero con il suo capo; molto sporgente la sommità dell' acromion e ben avvallata la regione *sot-*

tacromiale, specialmente dal lato esterno, e ciò perchè non avevan ancor avuto tempo a formarsi nuove vegetazioni ossee o d' altra natura nell' articolazione, capaci di cancellarla, come nel caso per me visto.

La differenza de' risultamenti anatomo-patologici tra questo caso ed il mio trova però una spiegazione nella diversa durata del male, giacchè nel caso di Hingeston eran appena trascorsi cinque mesi dall' accidente e nel mio più anni.

Dopo quel fatto che mi porse l' occasione di verificare con in mano lo scalpello il vero stato delle parti in una lussazione dell' omero complicata a frattura del suo collo e non stata ridotta, io confesso che per me il tanto decantato precetto di procurare la consolidazione della frattura e poi di tentare la riduzione dell' osso ha perduto ogni valore. Quale, di grazia, havvi speranza di ridurre la lussazione quand' è già succeduto nella giuntura quell' avviluppamento di cose, stato sopra descritto? Quando la cavità articolare ed il capo dell' osso, quella per ostruzione e per impicciolimento e questo per impicciolimento e per cangiata forma, hanno tra sè perduta ogni relazione? Quando sono succeduti cangiamenti tali ne' ligamenti che tolgon o rendono stentatissimo l' uffizio della giuntura? Quando questi s' interpongano talvolta a guisa di diaframma tra la cavità articolare e il capo dell' osso? Quando sono succeduti cambiamenti nei muscoli per deviazione o lacerazione o schiantamento d' inserzioni? Quando il capo dell' osso ed il callo osseo hanno già contratte aderenze con le parti vicine? Quando sono già accaduti tanti altri cangiamenti di cui parlano ampiamente tutti i libri dell' arte? S' opporrà che coteste modificazioni s' incontrano solamente ne' casi inveterati, qual è quello stato per me descritto e che ben altrimente cammina la bisogna ne' recenti, e s' addurrà in prova il caso di Hingeston in cui nè la cavità articolare era dopo cinque mesi cancellata, nè il capo dell' omero difformato. Al che rispondo che appunto il caso di Hingeston prova l' inefficacia dell' arte. Ed in fatti tutti i Pratici consigliano di ridurre la lussazione cinquanta giorni o due mesi

dopo l'accidente, supponendo che quell' intervallo di tempo sia più che sufficiente per la consolidazione della frattura. Ma da quel caso è provato che cotesta consolidazione non aveva avuto luogo neppure dopo cinque mesi. Ora bene chi non vede che i tentativi di riduzione fatti prima non avrebber avuto alcun altro risultamento fuorchè quello di romper il callo non ancora bene solidato? Forz' è dunque conchiudere che la pratica d' aspettare la consolidazione della frattura e poi di ridurre la lussazione è inefficace e che non ha a modello la natura.

Di ciò altamente convinto dall' esame cadaverico io deplorava da un lato l' impotenza dell' arte e dall' altro la calamità degl'infelici tocchi di quel male e condannati alla storpiatura. Nel tempo stesso aspettava che un qualche nuovo ed utile trovato spuntasse su l' orizzonte chirurgico. In questa aspettazione un caso mi s' offerse il quale mi lasciò la dolce speranza di sciogliere in parte l' enimma e di migliorare la terapia di quella lesione rendendone meno gravi le sequele : il caso è questo.

Un giorno, ormai tredici anni, presentavasi al consulto gratuito dello Spedale di S. Giovanni un vecchio Uffiziale delle armate dell' Impero francese invocando i consigli dell' arte contro un atroce dolore che da alcuni giorni, in seguito a variazioni atmosferiche, gl' era comparso nella spalla sinistra. Esaminando la parte incontrai una tal quale tumidezza dura nel cavo ascellare e nella regione sottoclavicolare, la quale mi fece accorto avere, già tempo, quella parte sofferta una grave violenza e dalla grande somiglianza che mi parve veder a prima giunta tra quel caso e quello in altro tempo per me veduto e sopra più volte citato, il qual era sempre presente alla mia memoria, entrai nell' opinione che anche qui si trattasse d' una vecchia lussazione dell' omero congiunta con frattura del suo collo. Faceva però contrasto a quell' opinione il vedere che quella persona moveva piuttosto liberamente il braccio ; che l' alzava in direzione orizzontale e che era anche capace di portare la mano al capo. Interrogato su di quest' evento l' ammalato, n' ebbi le seguenti risposte : aver egli dovuto, colpa quella spalla, chie-

dere la sua ritirata dalla carriera militare; essersi dessa sconciata cadendo da cavallo nella disastrosa ritirata di Mosca; non esser i Dottori che lo videro in su le prime andati d'accordo su il genere di sconcio sofferto, vedendovi alcuni una lussazione, altri una frattura; tra per quel disaccordo e tra per la mancanza di mezzi opportuni aver egli, dopo trascorsi venticinque giorni cioè dopo trascorsa l'infiammazione traumatica la quale fu violentissima, lasciata a sè la parte offesa stando contento a sospenderla con una sciarpa e ad imprimerle tutti i giorni movimenti in varie direzioni; que' movimenti, in prima dolorosi, essersi a poco a poco resi indolenti, superstite la parte quale si vedeva. Fu ciò per me un tratto di luce e fattomi di nuovo ad esaminare ben bene la parte, m'accorsi da ciò che i movimenti impressi al braccio punto non si propagavano alla tumidezza dura ascellare e sottoclavicolare, m'accorsi, dico, che erasi formata una falsa articolazione. Facendo allora il confronto tra quest' evento relativamente fortunato per ciò che era ritornata all' arto leso la maggiore parte de' suoi uffizii, e la sinistra impressione che era in me nata dall' esame cadaverico del primo caso in cui assai circoscritti, quasi nulli erano rimasti i movimenti, e rannodando a queste idee pure quella dell' impotenza dell' arte a ridurre la lussazione prima e dopo la consolidazione della frattura, non vi voleva molto per trarre la conchiusione che in simili incontri meglio d' ogni altro partito avesse ad essere quello di procurare la formazione d' una falsa articolazione: il che io m' aveva fin da quel mentre prefisso d' effettuare nella prima occasione che mi si sarebbe offerta favorevole.

Riflettendo anzi dopo acquistata questa nuova idea che molte volte, al dire di tutti i migliori Pratici, le fratture del collo dell' omero non si consolidano, e ciò per più cause e particolarmente per la rara corrispondenza che, per ragioni le quali si diranno più innanzi, hanno tra se i frammenti fratti; riflettendo pure che quando la consolidazione succede è dessa assai tardiva e lo prova il citato caso di Hingeston; riflettendo in

fine che da molti Pratici è stato, sotto colore d' impedire l'anchilosi compiuta od incompiuta, inculcato il consiglio di fare eseguire in casi congeneri, moderati ma quotidiani movimenti dopo qualche tempo dall' applicazione della fasciatura diretta a favorire la consolidazione della frattura cioè in un tempo in cui per la appena principiante o forse non ancora incoata consolidazione l'effetto di que' movimenti non altro essere può fuorchè d' impedire la riunione della frattura ; a tutte queste e ad altrettali cose riflettendo, m' è paruto probabile che in molti casi i Pratici abbian ottenuta la guarigione mediante una falsa giuntura alla formazione della quale cooperaron eglino senza saperlo.

L' occasione ch' io agognava appunto si presentò e ne dirò il come. Il Chirurgo Reale di buona memoria mi raccomandò per iscritto, volgon ormai sei anni, una robusta contadina d'anni 30 circa del contado di questa Capitale, la quale 29 giorni prima aveva rilevata, cadendo da un albero, una grave lesione della spalla destra. Mi scrisse quel Chirurgo che, essendo stato chiamato tre giorni dopo l' evento quando già quella parte era straordinariamente tumida e dolorosa, non credette prudente far indagini per riconoscere il genere di lesione. Mi scrisse inoltre l' infiammazione locale essere stata violentissima con forte febbre e protratta, ed avere addomandati sei salassi ed un' applicazione di mignatte per essere doma. Mi pregò quindi d' esaminare il caso e di dichiarare che cosa pensassi intorno alla sua natura ed al genere di cura. Dall' esame mi risultò per caratteri non dubbiosi ch' io qui ometto per evitare ripetizioni e che riepilogherò più sotto, mi risultò, dico, trattarsi di lussazione anteriore dell' omero o sottoclavicolare, complicata a frattura del suo collo. Opinai quindi che, a vece di lasciare nell' immobilità l' arto affetto, avesse a mettere bene il moverlo moderatamente tutti i giorni sin alla formazione d' una falsa giuntura. Il che riuscì appunto com' era stato progettato ; così che quella donna poteva un anno appresso alzare la mano sin al capo. Non gode ella certamente di movimenti così estesi, così liberi, così aggiustati, così energici come prima ; ma debb' avere per gran

mercè d'esser uscita dal cattivo passo senz' aver incontrata l'immobilità assoluta o quasi assoluta della giuntura, come sarebbe succeduto senza la formazione d' una pseudarticolazione. Quel fortunato evento è anzi cotanto preferibile che nel caso d'anchilosi del braccio nella giuntura scapulo-omerale, prodotta dalla lussazione dell' omero complicata a frattura già consolidata o da qualunque altra causa, l' arte non dovrebb' avere punto paura di consigliare alla persona che ne fosse affetta e che bramasse ardentemente migliorare la sua sorte, la sezione dell' omero in vicinanza del suo collo, e ciò con lo scopo di favorire la formazione d' una falsa giuntura, imitando la condotta di M. R. Barton in un caso d' anchilosi della coscia nell' articolazione coxo-iliaca.

Un giorno parlando di quel fatto con il pregiatissimo Dottore Luigi Gallo di cui il purgato giudizio è a tutti noto, dissemi aver egli osservato un tale o somigliante caso e non punto diverso esserne stato il risultamento.

Una volta provata l' inutilità de' mezzi terapeutici che ci trasmisero intorno al male di cui si tratta coloro che vissero prima di noi, vediam ora se i mezzi che si proposero in tempi più moderni o che le moderne scoverte potrebbero render applicabili non siano per avventura da più della formazione d' una pseudogiuntura ch' io consiglio sopra tutti.

Leggendo la memoria di Baroni intorno ad un caso di lussazione dell' omero congiunta con frattura vidi ch' egli ha fatto menzione aver il Delpech in un caso di lussazione omero-scapulare ottenuta la riduzione con la forza diretta su il capo stesso dell' omero mediante uno strettoio. Ma questo mezzo ch' io non ho mai adoperato e che nessun altro per quanto io sappia ha consigliato nè messo in uso, si merita poca confidenza: perciocchè o trattasi di semplice lussazione inveterata ed in questo caso l' arte ha mezzi più sicuri nella loro azione e più certi negl' esiti, come sarebbe, per addurre un solo esempio, la sezione sottocutanea de' tendini di cui la contrattura impedisce la riduzione. O trattasi di lussazione dell' omero complicata a frat-

tura del suo collo è recente, ed allora chi non vede la difficoltà di praticare con il torcolare una precisa ed utile pressione su il capo dell' omero, corto com' esso è e rotondo? Chi non vede che, nell' ipotesi che cotesta pressione possa eseguirsi, non vi ha sicurezza di farlo rientrare nella sua cavità per la stessa via che ha percorsa uscendone? Chi non vede la difficoltà di riporlo nella sua cavità nella stessa giacitura che aveva prima, non di traverso, non capovolto (A)? Od in fine trattasi di lussazione pure congiunta con frattura del collo dell' omero già consolidata ed allora le nuove relazioni dell' osso lussato e fratto con la cavità glenoidea ed il cangiamento di forma succeduto in questa, relazioni e cangiamenti provati dall' esame cadaverico di cui ho sopra parlato, dicon eloquentemente come nulla di buono abbia ad aspettarsi dall' operare direttamente su il capo dell' omero. È perciò inutile insistere di vantaggio sopra un progetto che non ha nel nostro caso alcuna probabilità d'essere ridotto in uso con prospero successo. Per le ragioni da ultimo addotte è parimente nel caso in quistione dimostrata *a priori* l' inutilità del taglio sottocutaneo de' tendini di cui la contrattura si credesse un obice alla riduzione della lussazione. Ben è vero che questo taglio ha in due casi d' inveterata lussazione omerale, riferiti uno da Liston e l' altro da Dieffenbach, sortito un esito felice: ma chi non vede a prima giunta l' incommensurabile intervallo che vi ha tra casi di semplice lussazione in cui la cavità glenoidea, non ancora deformata nè cancellata, è capace di ricevere il capo dell' omero e quello di lussazione di quest' osso complicata a frattura del suo collo già consolidata,

(A) Non taccio che dopo la stampa della presente memoria è stato nella *Gazzetta Medica di Parigi* registrato un caso di lussazione dell' omero complicato a frattura del suo collo, in cui quel capo sarebbe stato ricacciato nella sua cavità a pressione di strettoio. Ma non debbo nel tempo stesso tacere che il sì fatto caso ricavato da un brevissimo sommario d' un giornale Inglese è annunziato in un modo così stringato, così brusco e così poco circostanziato che non gli si può aggiustare piena fede.

in cui, oltre all' angolo che forma il callo osseo, la cavità glenoidea è com' obliterata da questo stesso callo informe, irregolare, stalattitico?

Io conchiudo dunque che sin qui il migliore metodo curativo del male di cui si discorre, metodo rinvenuto senz' artifizio e per semplice osservazione di natura, consiste nella formazione d' una pseudartrosi: con il quale metodo, se non si conseguisce una guarigione perfetta, s' ottiene però una guarigione assai meno imperfetta che quando si calcano altri sentieri.

La lesione fisica di cui parlo s' è fin qui sempre presentata a me con la stessa forma cioè con la forma di lussazione anteriore o sottoclavicolare dell' omero congiunta con la frattura del suo collo. Con questa stessa forma si presentò pure ai citati Dottori Hingeston e Gallo. Io non vidi mai la lussazione inferiore od *ascellare*, nè la posterior o *sottospinosa* dell' omero complicata a frattura del suo collo. Ma leggesi nella *Chirurgia Clinica* di Delpech una notabile osservazione di lussazione posterior o sottospinosa dell' omero congiunta con frattura del suo collo anatomico. Risulta da questo caso che il capo lussato ed il maggiore frammento dell' omero, perduta ogni altra relazione, si toccavano appena per una superficie molto circoscritta: il che ci offre un' ulteriore ragione della difficoltà che le fratture del collo dell' omero congiunte con lussazione del suo capo hanno a consolidarsi.

Parimente nei casi per me veduti non che in quello di Hingeston il capo dell' omero ed il frammento inferior o grande di quest' osso non s' incontrarono mai su il medesimo piano, ma in tutti l' estremità superiore di quest' ultimo frammento era collocata posteriormente al piano del capo, sotto la cavità glenoidea, dirimpetto al margine ascellare dell' omoplata. Ora quel portarsi il frammento inferior o grande dell' omero alquanto in su è evidentemente dipendente dall' azione di tutti i muscoli che dalla spalla si dirigono verso il braccio e l' antibraccio, come quel suo portarsi sempre posteriormente deriva dall' azione de' muscoli gran pettorale, gran dorsale e gran rotondo. Ma su di ciò direm ancora una parola più innanzi.

Ho fin quì sempre parlato della lussazione del capo dell' omero congiunta con la frattura del suo collo. Ma trattasi del collo anatomico o del chirurgico? A questo proposito è mio dovere ch'io, per meglio fare conoscer il mio pensiero e non trarre nell'errore chi leggerà queste pagine, entri su di ciò in più minuti particolari e dimostri che in nessuno de' casi caduti nella mia osservazione eravi frattura del vero *collo anatomico* dell'omero, ma che in tutti rimaneva attaccata al capo dell' omero una porzione maggior o minore di quest' osso: il che equivale a dire che in tutti i casi eravi lussazione del capo dell' omero con frattura del suo collo chirurgico, però più vicina al collo anatomico che non al confine inferiore del medesimo collo chirurgico. È questa la vera, la sola mia idea ed è debito mio di dire che il desiderio d' evitare ripetizioni e circonlocuzioni fu la sola causa per cui a quella non consuonarono forse fin quì le mie espressioni. Premessa questa necessaria spiegazione, io accenno rapidamente i motivi per cui penso che tale appunto fosse la lesione ne' casi per me osservati.

In primo luogo l'esame anatomico ha rivelato nel primo caso per me sopra narrato che al capo dell' omero lussato era aderente una porzione del frammento inferior o maggiore dell'omero. In secondo luogo questo stesso caso in cui eravi un' eminenza ossea nel cavo dell' ascella, formata da un pezzo d' osso attaccato al capo dell' omero e distaccato dal suo frammento inferiore, rende assai probabile che negl' altri casi in cui eravi pure quell' eminenza, foss' essa generata da identica causa, ed è ciò sempre più probabile se si riflette che nel caso sopra narrato di Hingeston quell' eminenza che pur esisteva, moveva dalla stessa cagione. Per altra parte così ne' miei casi come in quello di Hingeston incontravansi due eminenze ossee piuttosto distinte, una sottoclavicolare e l' altra ascellare, delle quali la mutua distanza eccedeva per certo la nota brevità del capo dell' omero: per guisa che anche senz' il soccorso dell' inspezione anatomica sarebbe stata cosa illogica il supporle formate dal solo capo dell' omero. In terzo luogo è presumibile che, se il capo dell' o-

mero lussato fosse rotto nel vero collo anatomico ed isolato da ogni parte dura e molle, come nel già citato caso di Delpech, esso cadrebbe in mortificazione e sarebbe un corpo straniero. E di ragione, la separazione del capo dell' omero per frattura del suo collo anatomico è da molti Clinici considerata com'una circostanza che impone al Pratico l' obbligo d' estrarre il capo isolato, se havvi una simultanea soluzione di continuità che permetta di ciò riconoscere. È questo segnatamente il pensiero di Delpech a cui io m' aderisco. Di fatto non abbiamo negli Annali dell'arte un caso, un solo caso di frattura dell'omero nel suo collo anatomico con distaccamento totale del suo capo dalle parti molli, la quale siasi consolidata. Vanamente si citano due casi registrati da Sandifort nel suo *Thesaurus dissertationum*, giacchè tant' imperfetta n' è la descrizione e tant' imperfetti sono pure i disègni che li rappresentano che nulla di positivo si può da essi dedurre. Come nulla di positivo non si può pure dedurre dal pezzo patologico rappresentante una frattura del collo dell' omero che vedevasi, al dire di Reichel, nel Gabinetto di Ludwig, nè da due altri pezzi patologici congeneri, esistenti uno nel Museo anatomico di Strasborgo (Ehrmann) e l' altro nel Museo patologico dello Spedale di S. Tommaso di Londra, giacchè non risulta da que' pezzi che la frattura fosse succeduta nel vero collo anatomico dell' omero. Ma non m' aderisco poi volentieri, sia detto per passo, a quest' altra proposizione di Delpech che debbasi, scadendone l' occasione, estrarre con il taglio quel capo isolato, avvegnachè non vi sia ferita, e ciò fino dai primi momenti dell' accidente : imperciocchè in un simile frangente l' arte non è fin qui giunta e non giungerà forse mai a tale grado di certezza diagnostica che la metta al sicuro dell' errore. In simile caso dunque il migliore partito sarebbe quello di lasciare portare gl' eventi dal tempo e di non accingersi ad alcun' operazione fuorchè bene tardi cioè quando quel corpo straniero avrà desta un' infiammazione flemmonosa, seguita da ascesso.

Dalle cose fin qui dette già si prevede com'io creda e creda

fermamente che sì ne' casi per me visti e sì in quelli stati osservati dai citati Dottori Luigi Gallo ed Hingeston, il capo dell' omero lussato abbia continuato a nutrirsi a spese d' alcun' tendini e di porzioni più o meno grandi della sua capsula ne caso di frattura obbliqua e forse dell' intiera capsula nelle fratture trasversali *estracapsulari*. I quali tessuti aderivan a quel frammento del collo chirurgico che era incorporato con il capo dell' omero e che questo traeva seco nella sua novella sede.

Riflettendo anzi che fra i tendini che s' inseriscono in quella porzione d' osso, la quale, incorporata con il capo dell' omero lo siegue nella sua migrazione fuori della cavità naturale, sonvi specialmente quelli de' muscoli sopra e sottospinosi ed anche del rotondo minore: riflettendo altresì che quella porzione d' osso aderente al capo dell' omero cedendo all' azione de' testè detti muscoli debbe necessariamente dirigersi all' innanzi ed all'esterno: a ciò riflettendo, dico, riesce probabile che que' muscoli abbian una principale parte nel dirigere l' estremità inferiore del pezzo fratto superiore su l' innanzi cioè verso un piano anteriore, come già è stato detto, a quello del frammento grande od inferiore. Non sarebbe con tutto ciò a stupire che fra le varie combinazioni di sì fatte maniere di frattura obbliqua, quella pure succedesse in cui rimanesse attaccato al capo dell' omero lussato il pezzo d' osso in cui s' impianta il tendine del sottoscapulare. Nel quale caso forse l' estremità inferiore di quel pezzo verrebbe ad avere una direzione diversa da quella che è stata sin qui per me osservata. Sia ciò detto per passo in una materia di cui la soluzione sta tutta nell' avvenire dell'arte. Sta altresì nell' avvenire dell' arte cioè nelle ulteriori osservazioni il determinare qual è la vera e precisa sede della pseudartrosi di cui noi consigliamo la formazione. È cosa probabile che debba essa tanto o quanto variare secondo le differenti varietà della lussazione del capo dell' omero e la specie di frattura del suo collo. In questa incertezza noi stiamo soddisfatti a dire che ne' casi per noi veduti la sua sede pareva esser in corispondenza del lato ascellare della scapula. A questa almeno ci è paruto

che corrispondesser i movimenti che s' imprimevano al braccio ed in questa sede ci è pure sembrato incontrare palpando a traverso della pelle alcune tessiture le quali, per la loro resistenza e forma, svelassero la presenza della pseudartrosi. È in fine in quella medesima sede che nel caso di Hingeston s'è rinvenuto un principio di pseudartrosi.

Richiamando poi alla memoria che nuovi e robusti tessuti, emulanti sin ad un segno, se non l' organizzazione, l' uso dei naturali si forman intorno alle false giunture: richiamando pure alla memoria che l' estremità superiore dell' omero in vicinanza del suo collo anatomico è assiepata ed avvalorata da moltiplici e forti tendini e tessuti aponeurotici che le danno un utile e valido puntello, e più al basso da potenti leve muscolari somministrate dal gran pettorale, dal gran dorsale e dal rotondo maggiore: non dimenticando in fine i casi riferiti da Cloquet e Berard (*Dict. de Méd.* 2 édit. vol. XV) di fratture del collo dell' omero senza però lussazione del capo di questo, in cui la consolidazione non avendo avuto luogo il capo dell'omero rimase scavato a guisa di berretto dal frammento inferiore, essendone risultata una pseudartrosi con qualche facilità ne'movimenti dell' arto: tutto ciò rammentando si capirà facilmente, dove prima non lo avessero già dimostrato i fatti che ho narrati, come la sì fatta artificiale pseudartrosi per me consigliata consenta, se non forti, estesi movimenti all' arto toracico. Bensì potrebbe alcun a prima giunta temere che assai men utili avesser ad essere le condizioni d' un' artificiale pseudartrosi la quale avesse sede dove si termina al basso il collo chirurgico dell'omero, e ciò per la mancanza di molti de' testè detti rinforzi. Se non che a dileguare ogni timore cadono qui acconcie due osservazioni di Velpeau (vol. 2.° p. 597), dalle quali risulta che due ammalati affetti, in seguito a frattura, da falsa giuntura nel collo chirurgico dell' omero n' erano pochissimo incomodati. Cadon pur acconcie e l' osservazione di Chaussier (*Mém. de la Soc. Méd. d' Emulat.* v. III) e quelle di Syme, dalle quali risulta che dopo la resecazione dell' estremità superiore

dell' omero gl' operati ricuperarono la maggiore parte dei movimenti dell' arto stato operato. Cadon in fine acconcie le osservazioni d' arti che ricuperarono una gran parte de' loro movimenti avvegnachè si fosse per necrosi distaccata la loro estremità articolare. E poi tutti sanno che le pseudartrosi della parte superiore dell' omero e del femore sono seguitate da inconvenienti molto minori che non quelle della loro parte media ; oltrachè questi inconvenienti posson ancor esser assai attenuati da un appropriato bracciale o cosciale , per guisa che in riguardo alle stesse pseudartrosi femorali sono state, siami permessa questa digressione , da Larrey , Sanson, Saltzmann , Velpeau , Seutin , Sue , Boyer , Meckren osservate persone che con il cosciale e con la canna , ed anche con la sola canna camminavan alcune con agiatezza ed altre senza grave disagio.

Ho già per transenna toccato più in dietro che il modo di formar un' artificiale pseudartrosi nell' estremità superiore dell' omero consiste nell' imprimere a buon' ora movimenti al braccio. Ciò però merita d'essere meglio circostanziato. Tanta è per lo più la riazione traumatica che tiene dietro alla lussazione dell' omero con frattura del suo collo che non debbe il Pratico consigliare que' movimenti se non se dopo svanita del tutto o quasi quella riazione ; il che per solito non ha luogo prima di 20 o 30 giorni ed anch' allora debb' egli consigliare movimenti moderati e poco per poco crescenti di durata e di grado , da sospendersi ove fossero seguiti da un risalto irritativo piuttosto durevole. Dico cose , precetti , accidenti che il fatto di pseudartrosi artificiale stata per me consigliata e di cui ho fatta menzione più sopra , mi ha insegnati.

Credo non inutile notare che in tutti i casi stati quì e quà da me citati si trattava della vera frattura del collo dell' omero e non di sola disgiunzione dell' epifisi omerale superiore, giacchè tutti gl' ammalati avevan oltrepassata l' età d' anni trenta e non offrivan orme d' alcuna discrasìa. Ora bene si sa che nelle persone sane le epifisi soglion ossificarsi a buon' ora e che al più

tardi su i 25 anni sono pur ossificate anche in coloro che offrono un mal abito od una qualche discrasìa, come lo provano le osservazioni di Ruysch, Ludwig, Platner e soprattutto Bertrandi, quel celebre Chirurgo di cui ogni Clinico Piemontese ricorda il nome con riverenza e con gratitudine ed il quale fu de' primi a trattare con profondità di dottrina l'argomento della separazione delle epifisi.

Mi corre ora l'obbligo di dire di due altri punti che forse avrei già dovuto toccare prima, e son i caratteri diagnostici della lussazione del capo dell' omero complicata a frattura del suo collo e lo stato del braccio dopochè è risanato da quella lesione con il mezzo d' una pseudartrosi artificiale.

Caratteri diagnostici. Non è da aspettarsi ch' io parli dei caratteri diagnostici di tutte le specie possibili di lussazione del capo dell' omero e di contemporanea frattura del suo collo. Sì fatto non è per certo il mio divisamento ; ma sto io contento a dire solamente de' caratteri diagnostici della lussazione anteriore o sottoclavicolare del capo dell' omero congiunta con frattura del suo collo, la quale è in ultima analisi la sola specie che mi sia occorso vedere. Altrimente adoperando io dovrei, abbandonata la sicura via de' fatti, gettarmi su il sentiero delle ipotesi, delle congehietture delle probabilità, in capo del quale raro è che s' incontri la verità. In questi termini circoscritto il mio discorso, io dico che la donna stata per me vista e raccomandata dal Chirurgo Reale, nella quale sola mi venne fin qui fatto d' attuare vantaggiosamente e con animo deliberato un' artificiale pseudartrosi, m'offerse al ventesimoquinto giorno dell' accidente, mentre non era ancora principiato il lavoro di consolidazione, i caratteri diagnostici svelanti nel tempo stesso la vera natura di questo male e la sua differenza dalla sola lussazione anteriore dell' omero, non che dalla sola frattura del suo collo senza lussazione del suo capo. Questi caratteri possono riepilogarsi come siegue :

1.° *Piccola eminenza ossea sottoclavicolare ed un' altra pur essa ossea nella cavità dell' ascella, ma più piccola ed evidentemente formata dall' estremità inferiore del pezzo fratto*

superiore aderente al capo dell' omero. Ora bene nella sola lussazione sottoclavicolare avviene bensì che s' incontri quella prima eminenza, ma non mai la seconda, mentre nella sola frattura del collo dell' omero può incontrarsi l' eminenza ascellare e non mai la sottoclavicolare. 2.° *Collocando una mano su l' eminenza sottoclavicolare ed imprimendo con l'altra movimenti al braccio, odesi una crepitazione.* Siccome però i pezzi fratti sono tirati in diversa direzione e solitamente si toccano per un' angusta superficie, così, all' oggetto d' udire quella crepitazione, debbonsi imprimere al braccio movimenti piuttosto estesi. Questa crepitazione odesi pure nella sola frattura del collo dell' omero senza lussazione, anzi odesi forse più distinta in grazia del maggiore avvicinamento e minore cangiamento di parallelismo de' pezzi fratti, con la giunta che non sono neppur a ciò necessarii cotanto estesi movimenti, ma non si percepisce nella sola lussazione senza frattura. 3.° *Il braccio può esser accostato al tronco.* Havvi pure questo carattere nella frattura del solo collo senza lussazione, ma non nella sola lussazione anteriore senza frattura in cui il braccio è discosto dal tronco e diretto alquanto posteriormente. 4.° *Può il braccio eseguire estesi movimenti passivi d' elevazione e d'abbassamento, non che su il davanti ed all' in dietro.* Per guisa che avendo, nell' ultimo caso sopra mentovato per me visto, forzati alquanto que' movimenti, mi venne fatto di toccare in più luoghi del contorno della giuntura ed a traverso de' tessuti molli l' estremità superiore del frammento fratto inferiore : il che per certo debb' essere più facile quando la lussazione e la frattura sono recenti. Questo carattere può pur esistere, benchè in meno, nella sola frattura del collo dell' omero, ma manca affatto nella sola lussazione sottoclavicolare. 5.° *I movimenti passivi di rotazione impressi al braccio non si propagano all' eminenza sottoclavicolare.* È superfluo il dire che questo carattere è estraneo alla sola frattura del collo dell' omero, mentre nella sola lussazione anterior i movimenti passivi impressi al braccio si propagano all' eminenza sottoclavicolare. 6.° *Il braccio è sensi-*

bilmente più breve. Per riconoscere però bene questo carattere convien alzarlo contro alla cavità glenoidea ; senza di ciò potrebb' esso essere traveduto , perchè l' azione de' muscoli che tendono a tirare all' alto il frammento inferiore della frattura e ad accorciare l' arto , è naturalmente contrappesata dal peso dello stesso braccio. Nella lussazione sottoclavicolare e nella frattura del collo dell' omero separate , il braccio ora non s'offre accorciato , ora sì , ma meno. 7.° *L' acromion è sportato ed esiste l' avvallamento sottacromiale , massimamente dal lato esterno della giuntura.* Più distinto coesiste questo carattere nella sola lussazione anteriore o sottoclavicolare , ma manca nella sola frattura del collo dell' omero. 8.° *Imprimendo movimenti passivi al braccio bene rialzato contro la cavità glenoidea io ho udito uno scroscio credibilmente dipendente dal contatto del frammento inferiore con la cartilagine di quella cavità ed alquanto diverso dal crepitare d' una frattura.* Il quale scroscio non ha luogo nè nella sola lussazione sottoclavicolare nè nella sola frattura del capo dell' omero.

Da questi caratteri della lussazione anteriore o sottoclavicolare del capo dell' omero complicata a frattura del suo collo forse si potrebber in via d' analogia e di vincolo logico predire quelli che debbono rivelare la lussazione inferiore od ascellare , e posteriore o sottospinosa del capo dell' omero con frattura del suo collo , ma non volendo nè dovendo prevenire i risultamenti delle ulteriori osservazioni io mi limito qui ad epilogare i principali caratteri pur ora detti di quella che fu la mira della mia trattazione , i quali sono : eminenza ossea sottoclavicolare ed ascellare : crepitazione : facilità d' accostare il braccio al tronco : movimenti del braccio non propagabili all' eminenza ossea sottoclavicolare : possibilità d' estesi movimenti passivi del braccio , anzi tali che questo può essere trasportato fuori del centro della giuntura quasi in tutti i punti del suo contorno : braccio più corto : maggior elevatezza dell' acromion ed avvallamento sottacromiale , in ispecie dal lato esterno.

Di questi caratteri in genere incontransi soltanto nella sola

lussazione anteriore o sottoclavicolare i seguenti : eminenza ossea sottoclavicolare e non ascellare ; elevatezza dell' acromion e fossa sottacromiale : e nella sola frattura del collo dell' omero : crepitazione più distinta ; facilità d' accostare il braccio al tronco ; movimenti passivi del braccio possibili in ogni direzione ma men estesi ; alle volte eminenza ossea ascellare.

Stato del braccio dopo la guarigione. Non volendo ripetere le cose state già sopra notate intorno alla distesa de' movimenti che l' artificiale pseudartrosi consente al braccio , io non ommetto però di dire qui che con il tempo vidi scemare così l' eminenza acromiale , come l' avvallamento sottacromiale. Dipende ciò da aumento di volume delle molli tessiture naturali o dalla giunta di novelli tessuti circostanti alla pseudartrosi o da ingrossamento dell' estremità del frammento inferiore della frattura per deposito di materiali ossei ; deposito stato una volta osservato da Chaussier in seguito alla resecazione del capo dell' omero ? Debbesi in ciò aspettare la decisione della sperienza.

Le massime curative fin qui accennate e ragguardanti alla lussazione del capo dell' omero con frattura del suo collo potrebbero fors' essere per analogia trasportate a consimili lesioni d' altri ossi contenuti in cavità orbicolari , specialmente del femore. Conoscendo però come l' analogia sia bene sovente una feconda sorgente d' errori io mi tengo soddisfatto ad accennarla aspettando però che la sperienza, la quale è l' irrevocabile giudizio della natura, la convalidi o l' invalidi (Estratto dal *Giornale delle Scienze Mediche*, anno 1842) (A).

(A) Dopo che questa memoria fu fatta di pubblica ragione con il mezzo della stampa il Dottore Peyrani , già mio Allievo ed ora uno dei Segretarii della Reale Accademia Medico-Chirurgica Torinese , ed il Dottore Mussa , pur egli già mio Allievo ed ora esercente l' arte Medico-Chirurgica in Asti , ebbero tutti e due ad osservare casi di lussazione del capo dell' omero complicata a frattura del suo collo e tutti e due calcando le orme per me tracciate confermaron i risultamenti ch' io aveva annunziati in ordine alla diagnosi di cotesta malattia ed ai vantaggi della sua cura per pseudartrosi , siccome si può leggere nel *Giornale delle Scienze Mediche* in cui le loro osservazioni sono state nel tempo registrate.

CASI

Provanti l' utilità dell' incisione del piccolo margine irideo per vincere l' iridospasmo che alle volte incontra nell' operazione della cataratta per estrazione.

Nell' atto dell' operazione della cataratta sì per abbassamento e sì per estrazione incontra alle volte un forte iridospasmo con la chiusura totale o quasi della pupilla, e ciò soprattutto nelle persone molto sensitive e facili alle commozioni morali, vieppiù se gl' atti operativi essendo difficili e prolungandosi alquanto più del solito esigon un lungo maneggiamento di stromenti e l' occhio rimane in qualche modo bistrattato. È da siffatto accidente reso stentato od anche incompiuto l'atto operativo. Chiudere le palpebre, praticare blande frizioni su le medesime, applicarvi sopra rimedii midriatici, render oscura la camera in cui s' opera, distrarre l' attenzione dell' ammalato, ecco i mezzi che si consiglian e si praticano per vincere l' iridospasmo che insorge nell'atto dell' operazione della cataratta per abbassamento. Ma per vero dire poco vantaggio si ritrae da cotesti mezzi, giacchè o si adoperan essi lasciando l' ago infisso nell' occhio ed allora la sua presenza irritante ne rende vana l' azione : parlo di cose che in molte centinaia di catarattosi per me operati ho

più volte toccate con mano. O s' estrae l' ago, come l' esige la prudenza, perchè non essendo più l' Operatore in grado di guidarlo con il suo occhio s' esporrebbe ad operare tentone con grave pericolo di ledere alcune delle nobili parti entroculari, e poi si procura la dilatazione della pupilla con que' mezzi, si reintroduce l' ago e s' ultima l' operazione: ma in questo caso, oltre alla doppia operazione, il fatto mi ha più volte provato che suole sovente riprodursi l' iridospasmo. Non perciò quest' ultimo partito, a malgrado de' suoi inconvenienti, è il solo che rimanga a chi ricusa quello di differire l' operazione ad un altro tempo. Per buona ventura succede bene spesso che nell' operazione dell' abbassamento incontri l' iridospasmo quando questa è ultimata o vicina al suo termine.

I sopra mentovati mezzi diretti a dilatare la pupilla sono più efficaci quando l' iridospasmo si manifesta nell' atto d' estrarre la cataratta. Ciò mi ha più volte provato la sperienza ed è questo uno de' molti vantaggi che l' estrazione ha in genere su l' abbassamento. Tuttavia sonvi casi in cui lenta è la loro azione, per guisa che vidi due volte l' iridospasmo non essere cessato fuorchè dopo due ore; il che è un grave disacconcio per l' operato e per l' Operatore, massimamente quando l' operazione si pratica in una Clinica. Sonvi pur altri casi in cui la loro azione riesce o nulla od incompiuta e cercando allora d' estrarre la cataratta avviene d' ordinario che, per quanto blande siano le pressioni su l' occhio o si laceri l' iride nel suo piccolo circolo dopo essere stata bene distesa e spinta innanzi dalla lente, o si laceri nel suo corpo, o si distacchi nella sua grande periferia, o succeda la caduta del vitreo e simili.

In tali o somiglianti incontri Daviel, Janin, Pellier, Wenzel praticarono con forbicine l' incisione dell' iride da ambo i lati e Marco Antonio Petit (*Collect. d'observat. Cliniq.* pag. 75) l' incisione dell' iride nella sua parte superiore secondo la direzione dell' asse del corpo. Avvegnachè ambo queste pratiche preoccupino i poc' anzi detti pericoli e rendano spedito l' atto operativo, è tuttavia appena necessario avvertire che quella di

Petit, perchè meno complicata, debb' esser anteposta. Se non che la sperienza mi ha provato potersi essa modificare rendendola più semplice e più facile. P. es. il citato Autore ha consigliato di tagliare l' iride dal piccolo al grande circolo e la sperienza mi ha dimostrato bastare per lo scopo a cui si mira il taglio del solo piccolo circolo. Reca veramente meraviglia la prestezza con cui non appena tagliato questo piccolo circolo la pupilla s' allarga e la cataratta è espulsa. Parimente il citato Autore ha consigliato d' incidere l' iride nella parte superiore, su il timore che i margini della sua divisione e quelli della breccia della cornea si rendano coaderenti : intanto però quell' incisione dell' iride nella parte alta esigendo l' introduzione di forbicine nell' occhio le quali distendon il lembo della cornea, non è una pratica senz' inconvenienti. In quella vece la sperienza mi ha dimostrato che il taglio del piccolo circolo dell' iride nella sua parte bassa è forse più favorevole all' estrazione della cataratta, non trae dopo di se la coaderenza dell' iride e della cornea, perchè queste parti non rimangon incise su il medesimo piano, ed è d'un' esecuzione facilissima senza bisogno dell' introduzione di forbicine nell' occhio e senza che il lembo della cornea sia troppo disteso, per ciò che, premendo blandamente il bulbo dell' occhio nella sua parte superiore, la porzione d' iride che ha da incidersi s' offre da se alla breccia della cornea. Cotesta operazioncella riesce anzi cotanto facile che in due casi ho potuto eseguirla con la punta dello stesso ceratotomo. Seguendo in fine la pratica del citato Autore succede d' ordinario che la divisione dell' iride non si richiuda più, dovechè tagliando il solo piccolo circolo dell' iride così bene si riunisce la ferita di questa membrana che dopo dieci o quindici giorni non ne rimangono più tracce e quello che più rileva e che non è stato da altri, per quanto io sappia, notato è che non vanno smarriti nella porzione d' iride stata incisa i movimenti di dilatazione e di stringimento che le sono proprii. Se casi potrei io addur in conferma de' principii e della modificazione operativa di cui venni fin qui discorrendo, ma per la

loro analogia e per amore della brevità io sto contento a citarne due soli occorsi nella Clinica operativa in presenza di tutta la Scuola.

Caso 1.°

Ai 12 di maggio dell'anno 1840 fu ricoverato nella Clinica operativa per esservi curato di cataratta il nominato Francesco Macciotto, pasticciere, nativo d'Andorno ed abitante in questa città, d'anni 73, dotato di temperamento sanguigno, di robusta costituzione, d'abito capitale e di molta vivacità di spirito e di corpo, non stato mai travagliato da alcun male nel corso della sua vita passata. La cataratta la quale offrivasi dura, voluminosa, capsulo-lenticolare e non complicata ad alcuna coaffezione locale o generale, era comparsa tre mesi prima in seguito alla protratta esposizione del volto al fuoco d'un forno e fu preceduta ed accompagnata da fotofobia anzi forte che no. La natura della cataratta e l'età del catarattoso avendoci fatto preferire l'estrazione, fu questa eseguita ai 19 del citato mese in presenza di tutta la Scuola. Non appena aperta la camera anteriore con taglio praticato dall'alto e dall'esterno al basso ed all'interno, e stillato il contenutovi umore acqueo, manifestossi prima ancora dell'incisione della capsula un così forte iridospasmo che resistette così alle blande fregagioni eseguite su la palpebra superiore, come alla belladonna applicata per mezz'ora alla medesima palpebra. Tagliata allora l'iride nel suo piccolo circolo ed al basso con le forbicine del Maunoir, cessò immantinente l'iridospasmo, per guisa che fu facile cosa estrarre la cataratta. Avendo dopo otto giorni dall'operazione la quale non fu seguita da alcun accidente, visitato l'occhio, vedemmo con grata sorpresa rabberciata la divisione dell'iride senz'apparente cicatrice e rotonda e mobile la pupilla come nello stato naturale. Utilissima fu la vista ricuperata ed essa continua ad essere buona, com'ebbi non ha guari occasione di verificare insieme con il Dottore Fissore, già mio distinto Allievo ed ora

Medico ordinario dell' Ospedale di San Giovanni Battista (Le circostanze relative a questo caso furono minutamente notate dal Dottore Alessandro Borella, già Allievo della Clinica operativa).

Caso 2.°

Tommaso Macchiotti, d' anni 58, oste di professione, nato in Biella e dimorante in Pinerolo, dotato di forte costituzione, di temperamento sanguigno squisito e d' abito cardio-capitale, rosso in volto, alquanto abusatore di stimoli e soprattutto del vino, stato soggetto dalla sua prima infanzia sin all' età d' anni 15 a frequenti epistassi e d'allora in poi a morbose *tensioni* vasali con pletora capitale, ricorrenti una, due o tre volte nell' anno ed esigenti ad ogni volta il salasso più o meno ripetuto per essere dome, ebbe ricovero nella Clinica operativa in qualità di pensionario ai 3 di maggio dell' anno che corre, per esservi curato di cataratta compiuta, solida e capsulo-lenticolare dell' occhio sinistro, incoata dieci anni prima, e d' incompiuta opacità catarattosa dell' occhio destro la quale aveva incominciato a dare segni di sè due anni innanzi. Nel tempo della sua accettazione era egli appunto travagliato da morbosa tensione vasale con pletora cerebrale, manifestatasi quindici o venti giorni prima e rivelata da cefalalgia, rossezza di volto, calore esagerato, polso teso, tardo e duro, sonnolenza, palpitazione cardiaca, ecc.

Fu questa turbazione debellata in nove giorni con due salassi dal piede, con il riposo, con la dieta e con le bevande rinfrescative. Sottoposto quindi ai tredici del sopra citato mese l'ammalato all' operazione dell' estrazione e ciò previa dilatazione della pupilla con la belladonna, avvenne che, dopo tagliata la cornea dall' alto e dall' esterno al basso ed all' interno e dopo incisa la capsula, siasi manifestata una rapida miosi per iridospasmo. Fu impotente a debellarla l' applicazione della belladonna alle palpebre; fu impotente l' oscurità della camera; furon impotenti le blande fregagioni su le palpebre; fu impotente il ri-

piego di distrarre l' attenzione dell' ammalato ; fu altresì impotente l' aspettazione di tre ore circa. Fatta in vista di ciò con una blanda pressione praticata su il segmento superiore dell' occhio avanzare la lente imbaccucata dall' iride sino contro i margini della ferita corneale, io ho con il ceratotomo tagliato il piccolo margine della medesima iride e ciò in presenza di tutta la Scuola e del Dottore Stecchini, Assistente della Clinica. Nel momento stesso uscì da se la lente, superstite un piccolo brandello di capsula opaca che mi venne fatto d' estrarre con le pinzette. La riazione traumatica fu leggiera e di poca durata. L' operato ricuperò una vista utilissima. La breccia dell' iride si richiuse per unione immediata senza superstite cicatrice. Solamente la pupilla che è del tutto sgombra, offresi un cotale poco allungata al basso. L' operato rimpatriò ai 10 di giugno cioè un mese circa dopo l'operazione (Le circostanze relative a questo caso furono notate dal Dottore Giovanni Roggero, ora Chirurgo del Carcere penitenziario d' Alessandria. Estratto dal *Giornale delle Scienze Mediche* anno 1843) (A).

(A) Avendo dall' anno 1842 in poi avuto frequenti occasioni di ridurre così nella pratica privata come nella Clinica all' atto i principii sopra esposti, ho pure avuto nuove occasioni di riconoscerne l' utilità. Queste occasioni mi s' offrono piuttosto frequenti per la ragione, sia ciò detto per parentesi, che da lunghi anni ho ricorso alla ceratotomia od estrazione ne' casi di cataratte dure. La quale cosa equivale a dire che vi ho ricorso nelle più delle cataratte de' vecchi le quali sono per l' ordinario, come si sa, dure. Ricorro, trattandosi di vecchi, più volentieri ancor all' estrazione per ciò che poca è in esso loro la forza assorbente. Succede quindi che, operando quelle cataratte per abbassamento, debban alle volte trascorrer anni, come ho provato nel mio *Trattato di Blefarottalmoterapia operativa*, prima che siane avvenuto l' assorbimento. Ma frattanto la cataratta come corpo straniero provoca una lenta infiammazione nelle nobili parti interne dell' occhio per cui la vista resta alle volte abitualmente debole e fosca, ed altre volte ritorna bensì, ma per gradi in alcuni mesi si perde. Ciò è che sanno tutti i Pratici e ciò è pure che m' è toccato di vedere tante volte che alla fine

dovetti rinunziare in tali o somiglianti casi alla scleroticonissi. Da questo lato io credo che Scarpa, quel grande luminare della Chirurgia Italiana che tutti sanno, alzando a cielo la scleroticonissi a danno della ceratotomia e traendo, per la potenza del suo gran nome, le Autorità Chirurgiche Italiane alla sua opinione, abbia oltrepassati i confini del vero e dell' utile. Di ciò persuaso per innumerevoli fatti clinici, io sono da lunghissimi anni solito praticare nelle sopra dette circostanze di cose la ceratotomia e perseverantemente insisto perchè l' attuale generazione Chirurgica della medesima s'invogli.



CONSIDERAZIONI

SU LA BLEFAROPLASTIA

con alcuni casi

d' utile applicazione della medesima.

È cosa nota incontrarsi nella pratica alcune specie d'ettropio in cui il rovesciamento e la contrattura della palpebra sono giunti ad un grado così estremo che son esse refrattarie a tutti i conosciuti mezzi di guarigione di quel male : mancare pure talvolta una porzione di palpebra per lesione traumatica, per carbonchio, per cancrena, ecc. : altre volte quel difetto della palpebra essere la sequela d' un' operazione chirurgica intrapresa con la mira di distruggere cicatrici o di riparare a qualche grave e ribelle malanno : in tutti questi casi, privo dei suoi naturali integumenti e di continuo esposto all' aria, l' occhio fare più o meno presto il passo all' infiammazione ed alla fusione purulenta. Ora bene in tali o somiglianti emergenze la Chirurgia moderna, messo in disparte lo scoraggiante aforismo di Celso *si palpebra tota deest, nulla id curatio restituere potest*, offre molti mezzi di restaurare la perdita totale o parziale d' una o più palpebre. S' inferisce perciò la *blefaroplastia* esser ora *totale*, ora *parziale*. Andiamo debitori di questo pro-

gresso all' ingegno di Graefe che il primo la praticò nell' anno 1816, poi di Dzondi, Fricke, Jüngken, Langenbech, Rust, Peters, Blandin, Jobert, ecc., i quali l' eseguirono pure tutti con vario successo. Deriva quindi che già molte prove sperimentali ne dimostrarono l' utilità. Con tutto ciò quelle prove non son ancora tante che bastino a cessare ed a comporre le divergenti opinioni relative ai vantaggi ed agl' inconvenienti, non che alle indicazioni, regole e condizioni opportune all' applicazione de' varii metodi con cui si compie. Non guasta perciò l' addurne delle novelle che sempre più lumeggino questa recente conquista della Chirurgia. Ecco la ragione per cui io m'accingo a dire su di ciò i risultamenti della mia sperienza ;. il che tanto più volentieri io faccio in quanto che fra i metodi di blefaroplastia uno vi ha che m' è proprio e di cui non sono forse ancora bene conosciute le regole, nè i casi a cui è acconcio, nè quegli ai quali è disacconcio. È questa la sua formola : *Si fanno due incisioni le quali partendo dall' estremità della palpebra affetta senza ledere il nepitello, si congiungono ad angolo ottuso o dal lato della guancia o da quello della fronte, circoscrivendo un lembo in forma di V: si dissecca questo lembo dal suo apice sin in vicinanza del nepitello: s' afferra il margine libero della palpebra e si tira all' alto od al basso, secondochè s' opera sopra la superiore o su l' inferiore: s' uniscon i margini del lembo ai margini della ferita mediante la sutura o intercisa o intorcigliata e si richiude pure con sutura quell' avanzo di ferita che rimane dopo il suo sdrucciolamento, dissecandone anche un tal poco i margini ove fosse ciò necessario per rendere più facile il combaciamento. S' avvalora in fine l' azione della sutura con un cuscinetto e con listerelle emplastiche applicate sin alla totale guarigione.*

Questo metodo che si può chiamare *blefaroplastia* per *isdrucciolamento*, fu da me ridotto ad arte sino dall' anno 1833 e consegnato nella mia Opera di *Blefarottalmo-terapia operativa*, uscita alla luce nell' anno 1836. Sanson il quale so per

certo essersi recata in mano la mia Opera, lo ha pure dopo di me adoperato con buon esito nell' *Hôtel-Dieu* di Parigi senza però farne conoscere l' origine. Il Compilatore della *Gazzetta Medica* di Parigi (gennaio 1840) annunziando i progressi dell' Ottalmologia nel 1839 cita quel novello metodo e lo attribuisce a Velpeau (1). È però evidente che fu ciò ad insaputa di Velpeau, giacchè egli stesso nei suoi nuovi Elementi di Medicina operativa (pag. 657, tom. 1) ne ha contro la verità attribuita la prima idea all' Inglese W. Jones. Tant' è, tant' è : io non voglio spendere ulteriori parole intorno a questi sbagli del Velpeau e di altri, perchè alcuni Autori, tra cui un valoroso Italiano che nobilmente rappresenta l' arte nostra nella Capitale della Francia il Dottore Rognetta nel suo corso d' Ottalmologia (pag. 435) ed i Compilatori del Dizionario dei Dizionarii di medicina Francesi e stranieri (pag. 196. T. VI), hanno già rivendicati i miei diritti. Io sto piuttosto contento a fare notare alcune dimenticanze ed inesattezze che sono trascorse nella descrizione datane dal Velpeau nell' Opera testè citata e ad aggiugner alcune avvertenze necessarie perchè quel metodo, ridotto ad arte, sorta il suo effetto. Velpeau per es., il quale ne fa molta stima, dice che basta dissecare quel lembo sin alla metà della sua altezza. La sperienza all' opposto mi ha dimostrato che imperfetto riesce il suo sdrucciolamento se non è dissecato fin in vicinanza del nepitello e che questa dissecazione

(1) *Nella stessa puntata di gennaio* 1840 *della* Gazzetta Medica *è pure fatta menzione della pratica di* Bouchacourt, *stata per la prima volta prodotta nell' anno* 1839, *di cui è questa la formola : « Si recide un lembo di figura lozangoidea su la palpebra rattratta » e poi, avvicinando i margini della risultante ferita, la palpebra » è respinta all' alto. La guarigione è quindi resa stabile dal suc- » cessivo induramento della cicatrice la quale, a guisa d' una pic- » cola colonna, sostiene la palpebra ». Questa pratica, la qual è in qualche parte analoga alla mia, è però dal Compilatore della* Gazzetta Medica *giudicata* meno semplice *ed io, dietro una prova per me fatta, la giudico meno sicura, oltrachè è di difficile applicazione nell' ettropio compiuto.*

non è seguitata da alcun inconveniente. Egli dice che le due incisioni dirette a circoscrivere il lembo triangolare hannosi a riunire ad angolo più o men acuto. La sperienza all' incontro mi ha provato che se l' apice del lembo non è smussato, inevitabile n' è la mortificazione. Lo stesso Velpeau non parla dei mezzi di medicazione consecutiva all' operazione, mentre la sperienza mi ha provato che la cooperazione di questi mezzi i quali consistono nell' applicazione di listerelle emplastiche non solo dopo l' operazione ma sin a compiuta e stabile guarigione, è indispensabile pel buon esito della cura. Aggiungo ancora che, sebbene questo metodo sia stato per me la prima volta ridotto felicemente ad arte per formare la palpebra superiore, d' allora in poi ebbi però occasione d' accorgermi che è esso più acconcio alla restaurazione della palpebra inferiore che non a quella della superiore. Vidi di fatto in due casi di cui uno sarà accennato più innanzi, che il lembo autoplastico con cui aveva formata la palpebra superiore si ritirò con il progresso del tempo un tale poco e che la restaurazione non riescì del tutto com' io desiderava. In ordine poi a questa maniera d' operazione applicata alla restaurazione delle palpebre, specialmente dell' inferiore offre essa i seguenti vantaggi: è semplice, spedita, non gran che dolorosa; non reca alcuna perdita di sostanza; non esige grandi dissecazioni; non è seguita da mortificazione perchè il lembo non rimane nè contorto, nè rovesciato, nè inclinato; il lembo autoplastico può essere con facilità tirato verso la palpebra sana; il movimento della palpebra è forse meglio conservato che non operando second' altre pratiche. In grazia di questi vantaggi s' accomoda essa bene ai casi, per certo i più frequenti, in cui, benchè accorciatissima tutta od in parte, la palpebra conserva ancor il suo margine ciliare. Non si può adattare, e non è necessario dirne il perchè, ai casi in cui la palpebra è del tutto distrutta. Colpiti anzi da que' vantaggi, i Compilatori del Dizionario de' Dizionarii di Medicina Francesi e stranieri, dissero esser il metodo di cui si discorre, superiore a tutti i fin qui conosciuti.

Potrei descrivere quattro casi in cui ho applicata quella pratica con buon esito. Ma, per evitare ripetizioni, io sto contento, stante la loro somiglianza, ad addurne un solo.

Caso 1.° Ai 22 del mese d'ottobre 1839 fu ricoverato nella Clinica Operativa il contadino Giuseppe Lanfranchi, d'anni 22, dotato di temperamento sanguigno e di costituzione atletica. Era egli da tre mesi affetto da ettropio della palpebra inferiore sinistra per cicatrice consecutiva ad affezione carbonchiosa. Tale era il rovesciamento della palpebra che il suo orlo ciliare, il quale era illeso, incontravasi più di quattro linee sotto il piano del margine orbitale. Già la porzione palpebro-oculare della congiuntiva era compresa da cronica infiammazione e minacciosa. Praticata in questo stato di cose la blefaroplastia in presenza di tutta la Scuola ed in conformità de' precetti sopra mentovati e fatto un lungo uso delle listerelle emplastiche, così felice ne fu l'esito che il Giuseppe Lanfranchi potè quaranta cinque giorni appresso uscire della Clinica con la deformità della palpebra del tutto corretta e superstite una gran parte de' suoi movimenti (Storia stata compilata dal Dottore Carlo Vigo).

Dieffenbach ideò, come bene si sa, un altro metodo di blefaroplastia di cui è questa la formola:

Recise in un modo regolare le cicatrici, si taglia a spese della pelle d'uno de' lati della fronte un lembo a forma di trapezio. Per formarlo si pratica prima un' incisione orizzontale che si prolunga dall' estremità esterna delle palpebre più o meno verso la tempia e poi una seconda due volte più lunga ed obliqua dall' alto al basso o dal basso all' alto, secondo la palpebra che hassi a restaurare. Con questa doppia incisione si circoscrive un lembo trapezoideo il quale puossi facilmente trarre nel vano risultante dalla recisione delle cicatrici senza che sia per ciò necessario nè di torcerlo nè di rivolgerlo. Si riunisce quindi con sutura il suo margine interno al margine interno della preesistente ferita ed il margine superiore alla pelle confinante con il margine ciliare della corrispondente palpebra; della quale pelle è perciò bene

che si procuri, quando si può, di conservarne un sufficiente lembo.

Questo metodo che Velpeau chiama blefaroplastia per *inclinazione*, non altro è, secondo lui, fuorchè il metodo di cheiloplastia di Chopart applicato alla restaurazione delle palpebre. Anche ammessa senz' alcun esame, quest' opinione di Velpeau non toglie che la modificazione di Dieffenbach non sia di lunga mano più vantaggiosa, giacchè il metodo di Chopart trasportato alla formazione delle palpebre non è d' un' utile applicazione, e me lo ha provato il fatto, se non se nelle perdite di sostanza molto circoscritte.

Il metodo di Dieffenbach ha, secondo lo stesso Velpeau, questi principali inconvenienti: esige una notevole dissecazione di tessuti ed havvi perciò il timore che il risultante lembo vada a mortificazione: questo lembo non può ben applicarsi fuorchè alle perdite di sostanza più lunghe che larghe. Senz' entrar a discuterne i meriti io dico che non v' ebbi mai ricorso con lo scopo di restaurare una palpebra in intiero, ma che lo ridussi felicemente in pratica due sole volte al fine d' ottenere una restaurazione parziale. Descriverò alla sfuggita questi casi di cui uno è più singolarmente notevole per ciò che essendosi trattato di restaurare la metà interna della palpebra superiore mi fu uopo prendere il lembo autoplastico verso la radice del naso e il capo del sopracciglio.

Caso 2.° Il vetturino Gio. Chirio d' Alpignano, d' anni 65, di temperamento sanguigno e di robusta costituzione, nato da parenti sani e padre egli stesso di robusta e sana prole, godette buona sanità sin ai 54 anni, nella quale età gli s' è soppressa una ricorrente epistassi a cui era sempre andato soggetto. Nel cinquantesimonono anno gli comparve una vegetazione fungosa su la congiuntiva scleroticale del segmento esterno dell' occhio destro, a poca distanza dall' unione della cornea con la sclerotica, la quale vegetazione fu felicemente svelta dal valente Dottore Luigi Gallo con quella perizia che lo distingue. Su il sessantesimo anno si riprodusse quell' escrescenza: era essa del

volume d' una piccola avellana e collocata pressappoco nella stessa sede, metà su la cornea e metà su la sclerotica, mostrandosi quella, il che è particolarmente da notarsi, di colore livido e questa di colore di cremisi. Anche questa volta venne essa per me felicemente diradicata nella Clinica operativa. Un anno appresso cioè nel sessantesimoprimo anno ricomparve per la terza volta quella escrescenza fungosa sempre su il segmento esterno dell' occhio ed offriva un piccolo pedicciuolo avente connessione con la sola congiuntiva. Levata via con il taglio nella Clinica operativa, pronta ne fu la guarigione. Sei mesi appresso il male si riprodusse per la quarta volta nel tessuto stesso della sclerotica offrendo una vegetazione carnosa in forma di boleto che copriva tutto l' occhio. Fu forza ricorrere all' estirpazione parziale dell' occhio nella Clinica operativa, dopo la quale pronta fu la guarigione. Questa ottenuta, s' applicò su il moncone oculare un occhio artificiale. Ma era fatale che il male si riproducesse ancor un anno e mezzo appresso. Questa volta offrivansi impigliati da vegetazione fungosa il moncone oculare e tutta la metà interna della palpebra superiore tanto nella sua superficie interna quanto nell' esterna. Si dovette quindi pensare alla recisione del superstite moncone oculare e della metà interna della palpebra superiore. La quale operazione fu secondo i noti precetti dell' arte altresì eseguita ai 23 di maggio dell' anno 1841 nella Clinica operativa. Ristagnato il sangue, io ho preso, seguendo appuntino i sopra mentovati precetti della blefaroplastia secondo il metodo di Dieffenbach, un lembo autoplastico nella pelle della parte interna del sopracciglio e della parte destra della radice del naso, con cui ho potuto facilmente rabberciare la perdita della palpebra superiore. Nel ventesimoterzo giorno dall' operazione l' operato fu in grado d' uscire dalla Clinica. Rintegrata era la palpebra, dotata di movimenti anzi estesi che no e permise la riapplicazione dell' occhio artificiale (Storia stata compilata dal Dottore Lorenzo Bruno, or Assistente della Clinica Operativa).

Caso 3.° Ai 29 del mese di dicembre dell' anno 1840 fu ricoverato nella Clinica operativa il contadino Cesare Antonio

Riva, da Genola, d' anni 20, dotato di temperamento sanguigno-linfatico e stato fin allora scevro da mali notevoli. Essendogli stato otto anni prima cioè in età d'anni dodici compresso il capo da un carro contro un muro rilevò egli una ferita lacerata nella palpebra inferiore sinistra, la quale estendevasi pur alla estremità esterna della palpebra superiore. Questa ferita lasciò dopo la sua cicatrice un ettropio totale ed estremo della palpebra inferiore di cui l' orlo ciliare era disceso al di sotto del piano del margine orbitale, ed un ettropio parziale esterno della palpebra superiore, per cui la sua metà esterna era rovesciata ed aderente all' arcata sopraccigliare. Coesisteva pure nel punto d' inserzione esterna di questa palpebra una cicatrice verticale. Più : vedevasi nel lato esterno dell' occhio la congiuntiva palpebro-scleroticale turgente a modo d' un grosso lampone e da questa tumidezza era ancor aggravato l' ettropio d' ambo le palpebre. La cornea era oltracciò compresa nella sua terza parte inferiore da opacità rossa con continuo stillicidio di lagrime, asciugaggine della narice corrispondente e notevolissima diminuzione della vista. Ai 7 di gennaio 1841 ho praticata la blefaroplastia per isdrucciolamento su la palpebra superiore. Lieve fu la riazione traumatica. Ma non per questo la difformità della palpebra rimase soltanto corretta in parte. Fu questa la seconda volta che vidi sì fatta maniera di blefaroplastia applicata alla palpebra superiore non corrispondere pienamente ai miei voti. Praticata allora la blefaroplastia secondo lo stesso metodo su la palpebra inferiore, felicissimo e pronto ne fu il risultamento : anzi tanto pronto e tanto felice che l' operato s'aderì volentieri all' idea per me manifestata di ritentare l' operazione su la palpebra superiore al fine d' ottenere anche qui un successo compiuto. La quale idea fu attuata nel principio di febbraio dello stesso anno. Questa volta però ebbi ricorso alla blefaroplastia secondo il metodo di Dieffenbach o d' *inclinazione* dopo avere recisa la metà esterna della palpebra difformata e la sopra detta tumidezza palpebro-congiuntivale. Poca fu pure la riazione traumatica ed oltre ad ogni dire felice il successo. L' ettropio

rimase del tutto corretto : cessò affatto lo stillicidio delle lagrime e l' asciugaggine della narice : scomparve l' opacità rossa della cornea e la facoltà visiva ritornò alla sua naturalezza (Storia compilata dal D. Benedetto Seras).

Non s' ignora che, ad imitazione di quanto d' ordinario si pratica nella rinoplastia, è pure stato per la restaurazione delle palpebre vantato e praticato il metodo degl' Indiani di cui questa è la formola : *si recidono le cicatrici della palpebra quando esiston e si forma una ferita regolare : non essendovi cicatrici, s' incide trasversalmente la pelle della palpebra per allungarla e per formare il vano che dovrà poi essere riempito dal lembo autoplastico : si recide quindi su le parti vicine un proporzionato lembo il quale ripiegato sopra uno dei suoi margini si trasporta e si fissa con apposita sutura nella ferita della palpebra, rimanendo il pedicciuolo aderente nella sua prima sede, da cui è poi mediante taglio, svelto più tardi cioè dopo che le nuove connessioni organico-vitali hanno resa la circolazione e la nutrizione del lembo indipendente da quella del pedicciuolo.*

Praticato in prima da Graefe e Dzondi, poi più particolarmente da Fricke che n' è salutato come l' inventore e che forma il lembo con la pelle della fronte nell' ettropio della palpebra superiore e con quella della guancia nell' ettropio della palpebra inferiore, quindi da Jüngken e più tardi da Gerdy, Blandin, Jobert, Carron, Velpeau ed altri, questo metodo non corrispose sempre all' aspettazione di quei Pratici. Velpeau in ispecie non ebbe punto a lodarsene. Nè tornò pure gran che utile nelle mani degli stessi Fricke e Jüngken. Il perchè Velpeau propose alcune modificazioni nella sua esecuzione. A malgrado però di queste modificazioni io penso, diversamente da quanto scriveva nella citata mia opera di *Blefarottalmo-terapia operativa*, che esso non salirà forse mai in riputazione fra i Pratici in primo luogo perchè esige, come il metodo di Dieffenbach, una troppo notevole dissecazione, epperciò il risultante lembo è molto proclive alla mortificazione, ed in secondo luogo perchè sonvi nel-

l' età che corre altri metodi più facili a ridursi ad arte, più semplici, meno dolorosi, esigenti minore dissecazione di tessuti ed ugualmente vantaggiosi. Per queste ragioni io non v' ebbi fin qui ricorso ed il solo caso in cui io penserei forse a trarlo d' obblio sarebbe quello d' una totale mancanza della palpebra, associata altresì ad una grave perdita di sostanza della pelle circonvicina, in cui cioè fosse necessario di prendere in parti lontane un vasto lembo. Il quale caso non s' è a me offerto mai.

Se però è pressochè obbliato il metodo Indiano nella restaurazione delle palpebre, è ben altrimente accarezzata la pratica-Ammon la quale potrebbe chiamarsi di *spostamento* ed altro non è al fare de' conti fuorchè una modificazione di quel metodo Indiano. Consiste questa utile modificazione in ciò che la ferita circoscrivente il lembo ha da continuarsi con quella della palpebra a modo di L maiuscolo, per guisa che riesce il lembo a coprire il ramo orizzontale del L, rimanendo di questo vuoto e scoperto il ramo verticale. Qual' è poi nella medesima la più opportuna sede per trarre il lembo autoplastico? I più dei Pratici pretendono che debba trarsi dalla tempia per restaurare la palpebra superiore e dalla guancia per restaurare l' inferiore. Ma quel levar un gran lembo nella guancia, come fecero Blandin, Jobert ed altri, sembrando ad alcuni la cosa brutta e sconcia per la vistosa superstite cicatrice, pare che volendo restaurare la palpebra inferiore con questa pratica sia per avventura meglio levar il lembo nella regione temporale, per modo che la sua base sia su il piano della parte esterna del margine orbitale e l' apice su per la tempia. Ognuno facilmente vede come, non tosto dissecato cotesto lembo dall' apice verso la base, sia cosa agevole, quando havvi mancanza totale della palpebra, lo spostarlo ed inclinarlo verso il margine orbitale inferiore, e fissarnelo con sutura ai tessuti molli, stati in prima cruentati, che lo coprono. Vede parimente ognuno con facilità come, essendo soltanto rattratta la palpebra, sia cosa facile lo incastrare quel lembo nella breccia stata praticata prima con

lo scopo di discostare l' orlo ciliare della palpebra dalla sua radice. In due casi ho io ridotto ad arte con felicissimo successo questa pratica. A scanso sempre di ripetizioni narrerò quì alla sfuggita un solo di questi casi.

Caso 4.° Ai 22 di maggio 1840 fu ricoverato nella Clinica operativa il denominato Carlo Mischiati da Calosso, d' anni 20, dotato di temperamento sanguigno e di robustissima costituzione. Era a costui rimasta rattratta la palpebra inferiore sinistra per cicatrice consecutiva ad un carbonchio sofferto due anni prima. Già in un altro Spedale di questa Capitale erasi tentato di correggere la difformità assoggettandolo all' operazione praticata secondo il metodo d' Adams. Ma dopo questo tentativo la difformità anzichè scemare crebbe dieci tanti di più, essendosi a noi offerto nel seguente stato : tutta consumata la palpebra inferiore nei suoi due terzi medii : la breccia, che era triangolare con l' apice rivolto al basso, rimaneva circoscritta verso il lato interno da un piccolo avanzo di quella porzione dell' orlo ciliare in cui ha sede il punto lagrimale e verso il lato esterno da un avanzo ancora più piccolo dello stesso orlo, privo di ciglia : compresa da cronica gonfiezza la porzione di congiuntiva scleroticale che copriva il segmento inferiore dell' occhio : continuo stillicidio di lagrime : sane così la cornea come le rimanenti parti del bulbo. La grande perdita di sostanza, epperciò l' irregolarità dell' orlo ciliare escludendo l'applicazione del mio metodo, io praticai ai 28 dello stesso mese l' operazione secondo la pratica d' Ammon, e ciò in presenza di tutta la Scuola. Diedi principio con dissecare la congiuntiva che copriva la breccia e l' avanzo esterno della palpebra, ed ho fatto alzare quel brano di congiuntiva dissecata contro il bulbo : ho poi cruentata la breccia salvando il punto lagrimale e levato via, per renderla più regolare, il piccolo avanzo esterno della palpebra : ho quindi con un sufficiente lembo, preso nella tempia, empita quella breccia, insieme fissando i suoi orli e quelli del lembo con punti di sutura intercisa : con il brano poi della congiuntiva stata dissecata fu coperta la faccia interna del lembo autopla–

stico, mantenendo il tutto in sito con un soffice cuscinetto e con listerelle emplastiche: ho finalmente riunita la ferita della tempia con la sutura intorcigliata, previa la dissecazione de'suoi margini per un piccolo tratto. Non è dopo l'operazione succeduto alcun accidente immediato nè mediato; per guisa che trenta giorni appresso perfetta era la riunione così della ferita della palpebra come di quella della tempia. Solamente rimaneva un piccolo rialto verso il lato esterno della cicatrice palpebrale, dipendente da una piega fatta dalla radice del lembo. Fu quel rialto circoscritto nel ventesimo giorno dall' operazione con un'incisione composta elittica e poi, riuniti con un punto di sutura intorcigliata i margini, in pochi giorni s' ottenne una salda riunione. Cessò d' allora in poi affatto lo stillicidio delle lagrime; cessò il rosso della congiuntiva; ritornò nella palpebra un tale poco di movimento che più tardi s' è per gradi reso maggiore; in somma così compiuta riescì la restaurazione della palpebra e così poco apparenti le cicatrici che, senza la mancanza delle ciglia, lasciava quasi nell'animo dello spettatore l'illusione d'una palpebra naturale.

Trattandosi poi di restaurare la palpebra superiore secondo la pratica d'Ammon, anzichè aderirmi all' opinione di chi vorrebbe che si prendesse il lembo nella guancia, io consiglierei di prenderlo pure nella tempia con la radice al basso e l'apice in alto, seguendo in tutto le regole testè descritte e necessarie per la formazione della palpebra inferiore. Può la radice che è al basso antivenire l'ettropio consecutivo che alle volte incontra nella novella palpebra. Obbietterà alcuno che nel caso di difformità d' ambo le palpebre si debbe di necessità, volendole restaurare tutte e due nel tempo stesso, levar uno de' lembi autoplastici dalla guancia per la ragione che la tempia può provvedere un solo lembo. Al che rispondo che, oltre alla rarità di questo caso, può l'Operatore, ricorrendo alla pratica d' Ammon per restaurare una palpebra ed ai metodi di *sdrucciolamento* e di *spostamento* per restaurare l' altra, evitare la necessità di levare via un lembo dalla guancia.

Mi spiace che, in prova della stima ch' io faccio della pratica d'Ammon intesa a formare la palpebra superiore con un lembo preso alla tempia io non possa produrre che un solo caso ed ancora incompiuto. Trovo di fatto nell' epilogo generale del *Movimento Clinico* dei sei ultimi anni notato un caso felice di formazione della palpebra superiore con la pelle della tempia second' il metodo d' Ammon. Ma per quante indagini io abbia fatte nella numerosa *Raccolta* delle mie osservazioni originali, non mi venne più fatto di recarmi in mano l' osservazione relativa a quel caso. Intanto però mi piace accennarlo per invogliare qualche altro Pratico a tenere d' occhio quest' argomento, mentrechè dal canto mio io non perderò alcuna favorevole occasione per ripetere le prove che vi hanno correlazione.

L' applicazione de' metodi d' inclinazione e di spostamento offrendo secondo i varii casi molte modificazioni che una dogmatica descrizione non potrebbe tutte abbracciare, io sto contento a dire dietro le cose fin qui notate l'Arte fare specialmente stima di due metodi e d' una pratica di blefaroplastia cioè dei metodi di sdrucciolamento e d' inclinazione e della pratica di Ammon che è una modificazione del metodo Indiano : non potersi determinatamente stabilire quale di quei mezzi sia agl' altri superiore, ma ognuno aver insieme con ispeciali vantaggi ed inconvenienti una speciale sfera d' azione ; il che puossi in digrosso epilogare in questi termini :

Il metodo di *sdrucciolamento* è facile, spedito, meno doloraso, schermisce da perdita di sostanza e previene la mortificazione del lembo, perchè questo non rimane contorto, nè rovesciato, nè inclinato : è particolarmente applicabile quando la palpebra, avvegnachè assai rattratta, conserva ancora l' orlo ciliare e sì esso e sì la pelle circostante non sono guaste da vaste e profonde cicatrici, aderenti agl' ossi : con questo metodo in fine la palpebra ricupera la maggiore parte dei perduti movimenti.

Il metodo di *spostamento* esigendo estese dissecazioni pre–

dispone alla mortificazione del lembo : è però ingegnoso ed utile, massimamente ne' casi di blefaroplastia parziale.

La pratica in fine d' Ammon pur essa assai ingegnosa ed utile, espone altresì il lembo alla mortificazione per le vaste dissecazioni che richiede : ma può servire a restaurare ambo le palpebre e può nella formazione della palpebra inferiore utilmente supplire il metodo di *sdrucciolamento* ne' casi sopra detti in cui le difformità che hannosi a correggere non entrano nella sua sfera d' azione.

Avendo fin qui parlato di *restaurazione delle palpebre* è ora debito mio dire che cotesta restaurazione non è quasi mai compiuta. Si sa che le men incompiute blefaroplastie, quelle sono in cui è soltanto difformata la pelle, illesi i muscoli, oppure son anche lesi i muscoli, ma conservate le ciglia e la cartilagine tarso. Si sa altresì che nella blefaroplastia parziale la novella palpebra aderendo agl' avanzi dell' antica può ricuperare movimenti più o men estesi. Eran in queste favorevoli condizioni quasi tutti gl' ammalati stati per me operati. Ma al contrario si sa pure che non posson essere restaurati nè la cartilagine tarso, nè le ciglia, nè i muscoli quando sono queste parti mancanti e che, occorrendo di dovere in sì fatta condizione di cose praticare una blefaroplastia totale, la novella palpebra rimane del tutto immobile o pressochè e non ha altro uffizio fuorchè quello di formar un velo che protegga l' occhio dalle esterne ingiurie.

Notan in fine alcuni Pratici che anche dopo la blefaroplastia la quale sia stata eseguita nelle circostanze più favorevoli ed abbia sortito un buon esito, suole la deformità palpebrale riprodursi ora ritornando l' ettropio, ora increspandosi il lembo autoplastico in modo di tubercolo, ora convertendosi in ispecie di briglie o di funicoli per cui la novella palpebra rimane in varie direzioni tirata. Io debbo però asseverantemente dire che in tutti i miei operati, e sono già molti, non si manifestò, nè si riprodusse alcuno di quegli incommodi. Eccettuo soli due casi in cui fuvvi il ritorno d' un ettropio tanto leggiero e così poco

molesto che nè io, nè i miei operati non abbiamo creduto valere l' opera d' occuparcene (Estratto dal *Giornale delle Scienze Mediche*, anno 1843) (A).

(A) Dieci casi di blefaroplastia per me praticata dopo la stampa di questa memoria, di cui una agl' ultimi andati mesi nella Clinica secondo il metodo di *sdrucciolamento*, mi hanno vieppiù confermato ne' principii che vi ho stabiliti. Di fatto ho in tutti potuto restaurare la palpebra o le palpebre senz' essere stato costretto mai di gettarmi a prendere il lembo autoplastico nelle guancie : il che equivale al dire che, avendo in tutti i casi avuto ricorso od al mio metodo di *sdrucciolamento* od a quello d' Ammon od a quello di Diefeenbach, ho potuto racconciare la palpebra o le palpebre ed evitare la difformità che di necessità conseguita la formazione d' un lembo a spese de' tessuti della guancia. Dirò di più che in quattro di que' casi in cui ho attuato il metodo d' Ammon, mediante un' adatta pressione fatta su quel rialto di pelle che ha luogo nel lato esterno della cicatrice palpebrale e che dipende dalla piega che il lembo autoplastico fa inevitabilmente verso la sua radice nell' atto di dislocarlo, ho potuto ben e senz' alcuna difformità appianarlo, evitando di reciderlo più tardi a guarigione compiuta, com' è stato da tutti consigliato e come ho io pure praticato nell' ammalata del sopra descritto caso 4.



CASO DI NECROSI

e d' estrazione

del condilo sinistro dell' osso mascellare inferiore

illesi gl' uffizii

della corrispondente mascella.

I casi di gravi perdite di sostanza degl' ossi nella loro continuità succedute per carie, per necrosi, per cagione traumatica o per resecazione e state dalla natura rabberciate con la riproduzione d' un tessuto avente, se non la struttura, gl' uffizii delle annichilate porzioni ossee, casi consimili s' incontrano per centinaia nella nostra Letteratura. Vi s' incontrano altresì casi, di lunga mano però meno frequenti, di riproduzione delle estremità articolari degl' ossi state smarrite per qualcheduna delle mentovate cagioni. Ma siccome sono qui assai più complicati che non nella loro continuità sia la struttura come l'uffizio degli ossi, nasce quindi che la parte riprodotta sia maggiormente discosta dal tipo di natura sì per struttura e per forma e sì per uffizio. Così Chaussier vide riprodotta una parte dell'estremità superiore dell' omero stata resecata; Roux, Physik ed altri una parte dell' estremità inferiore dell' omero o superiore dell' ulna e del radio dopo la resecazione di quegl' ossi nella giuntura omero-cubitale; Guernery e Walker una od ambe le

branche della mascella inferiore. Ma in tutti questi casi la parte riprodotta fu informe, mancante di cartilagine e de' naturali ligamenti, epperciò supplì d' ordinario imperfettamente agli uffizi di quella che era stata smarrita. Il che stando, io credo non fare cosa inutile nel riferire un caso di separazione compiuta del condilo sinistro dell' osso mascellare inferiore, in cui la perdita dell' osso fu per lavorìo naturale così bene rintegrata che ritornò alla corrispondente giuntura temporo-mascellare compiuto il suo fisiologico uffizio. Il caso è questo:

Il panattiere Giuseppe Peiretti da Vigone, d' anni 25, dotato di temperamento misto sanguigno-nervoso, godette sempre ottima sanità, tranne che nell' età d' anni 15 andò egli soggetto per lo spazio di più mesi a frequenti ed abbondanti epistassi, e più tardi a ripetute odontalgie provocate dalle frequenti vicissitudini atmosferiche a cui era esposto per l' esercizio de'doveri del suo stato; le quali odontalgie riescirono alla carie del penultimo dente molare sinistro della mascella inferiore. Nel mese di gennaio 1841 manifestossi, in seguito alle testè dette vicende atmosferiche, una parulide in corrispondenza del dente affetto, la quale suppurò con consecutivo crepaccio spontaneo e con uscita del pus dal lato della bocca. Non avendo questo male riscossa l' attenzione dell' ammalato accadde che, trasandato non solo ma inacerbito da vitto incongruo e da novelle vicende atmosferiche, l' infiammazione della gengiva e dell' alveolo siasi diffusa al periostio ed all' osso e sia stata seguita da ascesso dietro l' angolo della mascella con gonfiezza delle parti circostanti, difficile masticazione, stentata loquela e notevole diminuzione de' movimenti della detta mascella. Aperto quell'ascesso dall' arte, si rinvenne nel suo fondo scoperto e necrotico il testè detto angolo mascellare verso la sua faccia interna, e ciò per un gran tratto. Consigliò allora l' arte l' estrazione del dente carioso, ma per un fatale sbaglio in vece di questo vennero estratti due denti vicini e sani. Intanto però, per l' irritazione provocata dalla difficile e dolorosa estrazione dei due denti sani, avvenne che l' infiammazione la quale ancora persisteva piuttosto

vivace, aggravandosi a cento ridoppi siasi dalla porzione d'osso che forma l'angolo della mascella e dal periostio che lo copre diffusa all'in su a tutta la branca della mascella non che alla giuntura temporo-mascellare ed abbia determinata ad un tempo la necrosi totale del condilo ed un ascesso nelle corrispondenti parti molli, il quale s'aperse da sè. Scemata di poi con il progresso del tempo l'infiammazione e riconosciuto lo sbaglio occorso nell'estrazione de' due denti sani, si sterpò il carioso. Ma cotale operazione la quale opportunamente praticata avrebbe credibilmente preoccupati tutti que' mali, fu in questo tardivo periodo della malattia di poca utilità ed impotente a risanare il sopra narrato guasto dell'osso e della giuntura. In questo stato di cose il Peiretti, dopo avere per più mesi adoperati mille rimedii empirici, cercò ricovero nella Clinica operativa nel primo giorno di novembre 1841, essendo nel seguente stato: impossibilità di scostare le mascelle: difficile la loquela: impossibile la masticazione, così che le semplici panatelle erano da lungo tempo il suo unico alimento: volto di colore interriato: notevole grado di macilenza: ricorrenti dolori nella località anzi gravi che no: tumidezza dura e dolorosa che dal disotto dell'angolo sinistro della mascella inferiore s'estendeva sin alla parte superiore della corrispondente regione temporale: gonfiezza pure dolorosa della regione giugulare sinistra: un'apertura fistolosa, circondata da carni escrescenti e stillante un abbondante e fetido pus, la quale aveva la sua sede poco sotto l'angolo della mascella: uno specillo introdotto nella medesima toccava distaccata una grossa squama ossea appartenente alla faccia interna dell'osso mascellare: un'altra apertura, fistolosa pur essa, circondata da carni escrescenti e stillante un pus icoroso, la quale era collocata su la branca della mascella nel piano del margine superiore della parotide: con uno specillo introdotto nella medesima toccavasi nel suo fondo un pezzuolo d'osso mobile. Alquanto disinfiammata, dopo alcuni giorni di riposo e di dieta severa insieme con l'uso dei càtaplasmi mollitivi, la *località*, io dilatai ai dieci del mese sopra mentovato ambo quelle aper-

ture con il taglio e n' estrassi i due contenuti pezzi ossei di cui uno era lo stesso condilo della mascella.

Dopo di ciò le fistole con la sola continuazione delle poltiglie mollitive cicatrizzarono, cessò ogni ombra d' infiammazione, si distasarono i tessuti molli circondanti l' osso, questo s' assotigliò, ritornarono alla mascella i movimenti ugualmente estesi, liberi e forti come nello stato di natura, la cavità glenoidea sinistra diventò egualmente piena e tondeggiante come la destra e la guarigione fu così perfetta che l' ammalato ci confessò non poter egli scorger alcuna differenza tra il lato sano e quello che fu ammalato.

Conferma questa fattispecie pienamente l' asserzione di Monteggia il quale pare abbia veduti, benchè non gl' abbia riferiti, casi congeneri, giacchè parlando della necrosi del corpo e dei condili dell' osso mascellare inferiore dice egli « farsi tale rigenerazione dell' osso che poco o nulla vi resta di mancante e la mascella riacquistare pressochè perfettamente la forma ed i suoi naturali movimenti » (Le circostanze relative a questo caso furono notate dal Dottore Canton) (Estratto dal *Giornale delle Scienze Mediche*, anno 1843).



CASO DI RINOPLASTIA

Riuscita al bramato successo mediante una semplice modificazione operativa.

Non vi ha chi ignori la *rinoplastia* o restaurazione del naso poter eseguirsi con i tre generali metodi d' autoplastia che ci tramandarono le età passate cioè con il metodo degli Italiani che si può chiamare di *distanza* perchè il lembo si piglia in regioni lontane e con quelli degl' Indiani e di Celso che possono chiamarsi di *vicinanza* per ciò che in ambidue il lembo autoplastico si distacca da regioni vicine al naso che ha da restaurarsi : esser ai nostri giorni molto dibassata la fortuna del metodo Italiano ed in quella vece migliorata la sorte del metodo degl' Indiani e di quello di Celso , detto anche metodo Francese : quest' ultimo , insufficiente a restaurare il naso in intiero ed utile soltanto a rabberciare le sue perdite parziali, doversi chiamare metodo di *raecconeiamento* anzichè di *formazione* d' un nuovo naso : l' età nostra , per fare svanir i due precipui inconvenienti del metodo Indiano, che sono la torsione della radice del lembo e la tardiva recisione di quella radice

stata convertita in una specie di ponte, insegnar ed avere con iterati e reiterati sperimenti dimostrato il modo d' evitarli prolungando una delle incisioni del lembo sin alla soluzione di continuo che hassi a restaurare; insegnar in una parola a convertire l' autoplastia di *vicinanza* degl' Indiani che si può dire di *contiguità*, nell' autoplastia di Celso o di *continuità*: in somma con quest' utile modificazione che dobbiam a Lisfranc, Lallemand, Labat, il metodo degl' Indiani essere presentemente ridotto a questa formola: « formare un lembo di cui la radice tocchi in un punto la circonferenza della soluzione di continuo che debbe restaurarsi e ciò con il prolungar una delle incisioni del lembo sin a questa soluzione, rimanendone l' altra scostata per quanto è lungo il pedicciuolo: fare girar il lembo intorno ad un asse che traversi il suo pedicciuolo secondo la sua spessezza: collocar in fine con un opportuno adattamento il pedicciuolo nella ferita in vece di reciderlo più tardi ».

Già in un' altra occasione io ho consegnato nel nostro Giornale (ved. la puntata di febbraio 1839) un caso di rino-geno-cheiloplastia stata per me felicemente praticata (A). La rinoplastia era però parziale. Già prima di quell' epoca e poi di nuovo appresso io ho più volte praticate rinoplastie parziali seguendo il metodo di Celso. Non è però di queste parziali rinoplastie le quali per le varie circostanze che le esigono non posson essere assoggettate a norme operative fisse ma debbon esser abbandonate al particolare genio degl' Operatori che sono nell' occasione di praticarle, non è, dico, di queste rinoplastie parziali ch' io voglio qui intrattener il Lettore. Piuttosto è mio divisamento di descrivere un caso di *rinoplastia totale* la quale sortì un buon esito e mi porse l' occasione d' attuare una modificazione che mi rampollava da lungo tempo nella mente e di confermar alcuni principii i quali son ancora oggetto di controversia. Prima dunque la descrizione del caso e poi le deduzioni.

(A) Questo caso è stato sopra ripredotto alla pag. 556.

Ai 20 di dicembre 1840 fu ricoverato nello Spedale di San Giovanni Battista e coricato nella Clinica operativa il contadino Giuseppe Maino d'Altessano, d'anni 55, padre di numerosa famiglia, dotato di temperamento sanguigno-atletico e d'abito capitale ed erpetico. Fu sano sin ai 12 anni. Cominciò allora a soffrire un molestissimo prudor all'ano che durò sin al quarantesimoquinto anno della sua vita. Nella stessa età d'anni 12 fu pur assalito da cefalalgie associate a corizze e seguitate da leggiere epistassi. Queste cefalalgie ricorrevano specialmente nella primavera, erano d'ordinario soppresse con uno, due o tre salassi e cessarono poi del tutto dopo ch'ebb' egli abbracciata nel ventesimo anno la carriera militare. Nel quarantesimoquinto anno cessò il prudore dell'ano e comparve una pustoletta *crostizzante* su l'ala sinistra del naso, grossa quanto un piccolo cece, la quale fu stazionaria per un anno, poi scomparve con l'uso d'un liquore stato suggerito da un empirico, per ricomparire più rigogliosa e progressiva un mese appresso. Abbandonata allora alle forze della natura, quella pustola s'esulcerò e l'ulcerazione invase successivamente nel corso di nove anni il naso, non che la porzione della guancia sinistra che confina con la corrispondente ala del naso. Occorsero i suoi maggiori progressi nell'estate dell'anno 1841 e furon essi appunto che obbligarono l'ammalato a riparare nella Clinica essendo nel seguente stato. Ambo l'ali e la radice del naso invase ed in più luoghi corrose a tutta sostanza da un'ulcera avente i caratteri delle erpetico-cancerose, facile a sanguinare, stillante un icore fetentissimo ed accompagnata da incomportabile cociore e dolore: dal lato sinistro estendevasi pel tratto di sei a sette linee su la guancia corrispondente e ciò dal piano dell'ala del naso sino in vicinanza del nepitello: estendevasi pure al lobo del naso ed alla maggiore parte del *tramezzo mediano:* rimaneva soltanto illeso il tramezzo molle del naso: la maggiore parte dell'osso nasale sinistro erasi distaccata per necrosi, mentre l'osso nasale destro offrivasi scoperto e carioso: vedevansi nell'interno delle narici tubercoli ed escrescenze fungose in grande nu-

mero, attaccate alcune all' interna faccia delle ali del naso e le altre al tramezzo delle fosse nasali: del resto polso abitualmente un poco frizzante senz' essere febbrile, buona costituzione di corpo ed animo fermo e risoluto.

Si riconobbe subito l' impotenza dell' arte a guarire un tanto guasto e la necessità di ricorrer ad un' operazione cruenta, ma nel tempo stesso si riconobbe pure che sarebbe stata cosa imprudente gettarsi ad operare senz' avere prima placato un tale qual orgasmo sanguigno, favorito dal temperamento dell' ammalato ed aggravato dalle successive *località* morbose da cui fu bersagliato e specialmente da quella del naso; senz' avere prima scemata la costituzionale disposizione erpetica e deviata, mediante un rottorio, la sua morbosa riazione sopra una parte men essenziale alla vita. A questo fine si praticarono due salassi insieme con la dieta severa, con l' uso del nitro internamente e dei cataplasmi mollitivo-torpenti su l' ulcera; poi si stabilì dieci giorni appresso un cauterio nella coscia sinistra e si mise l' ammalato all' uso interno delle pillole d' estratto d' aconito e di zolfo dorato d' antimonio in un con una satura decozione di dulcamara. Si continuò questa medicazione con la giunta d' alcuni altri aiutarelli per lo spazio di due mesi e mezzo circa. A capo de' quali s' ottenne una lodevole calma del sistema irrigatore rosso ed anche un poco di miglioramento nell' ulcera, consistente principalmente in ciò che erasi resa stazionaria, in alcuni punti anche un tal poco ristretta, stillava un pus nè così abbondante, nè così fetente come prima e sanguinava più di rado. Si credette allor opportuna l' occasione di levare via tutta la parte contaminata e poi di restaurarla con la rinoplastia, per cui si prescelse la pratica sopra accennata di Lisfranc, che è, come si disse, un germoglio del metodo degl' Indiani. L' operazione fu praticata addì 8 di marzo 1841 in presenza della Scuola.

Per non essere molestamente prolisso n' accennerò solamente i particolari senza descriverli minutamente. Tutto il naso fu circoscritto da due incisioni le quali movendo dallo spazio inter-

posto fra le sopracciglia si terminavano contro il suo tramezzo molle. Quindi con una minuta dissecazione si levarono via tutte le parti contaminate sino contro i *processi nasali* degl'ossi mascellari superiori, resecando nel tempo stesso con le tanaglie incisive la parte anteriore dell'osso nasale destro e recidendo con forti forbici la più gran parte del margine anteriore del tramezzo delle fosse nasali, rimasto illeso il solo tramezzo molle il quale offrivasi penzolone e terminato in una punta molto sottile ed aguzza. Ristagnato quindi il sangue e cauterizzate le reliquie degl'ossi nasali perchè non offrivano del tutto i caratteri di sanità, io ho preso con carta il modello dell'ampia e slabbrata breccia la qual era in quel momento orrida a vedersi ed, applicatolo alla fronte, ho con inchiostro ordinario adombrato, poi dissecato il lembo autoplastico il quale, per l'ampiezza della ferita, per l'angustia della regione frontale e per un'altra ragione che dirò tra poco, riescì grande assai e dovette in parte essere preso nella regione capelluta. Era mio disegno di lasciar unita al capo del sopracciglio sinistro la radice del lembo. Ma, essendo accaduto che nelle prime incisioni sia stata da quel lato tagliata un'arteria piuttosto notevole che dovetti allacciare, ho cangiato consiglio pel timore ch'esso avesse con il seguito sofferto difetto di circolazione e di nutrizione ed ho però lasciata quella radice la quale era pressappoco della larghezza d'un pollice, aderente al capo del sopracciglio destro. Fatto quindi subire un movimento di torsione al pedicciuolo del lembo e trasportatolo su la breccia del naso e della guancia sinistra, vidi con soddisfazione che il medesimo era sufficiente. Qui però s'offriva e doveva superarsi questa grave difficoltà. Si sa che con la rinoplastia si può in gran parte riparare alle difformità nasali risultanti dalla perdita del lobo del naso e delle sue cartilagini, ma risulta pure dagli scritti di molti Pratici che, quando sono lesi gl'ossi del naso ed il tramezzo delle fosse nasali, il nuovo naso s'appicinisce, diventa molle, schiacciato e si riduce definitivamente alla forma d'una specie di *spugnola*. Per antivenire cotesti inconvenienti e per

conservar al nuovo naso una forma appropriata io ho unito con punti di cucitura intorcigliata isolati ma molto vicini gl' uni agl' altri il lembo alle parti vicine : poi ho formate le narici introducendo sotto il lembo accanto al superstite tramezzo molle del naso due piccoli turacciuoli triangolari di cera aventi nel loro mezzo due cannule pel passaggio dell' aria : poi ho applicato ai lati del lembo due pezzi di corame aventi la forma delle ali del naso : poi ho infilzato in tre lunghe spille i due pezzi di corame e la parte media del lembo tra essi incastrata, impedendo che le spille sdrucciolassero e mantenendo quell' adattamento di cose mediante altrettanti pezzi di sovero infilzati nell' estremità acuminata di ciascheduna spilla, rinforzati ancora da fili incerati fatti passare intorno ad ambe le loro estremità. Nell' inferiore di quelle spille rimase altresì infilzato il sottile apice del tramezzo molle del naso. Il mio Collega e buon amico il Professore Demichelis vide quest' apparecchio nel giorno stesso della sua applicazione. Questo disegno ch' io aveva molto avanti meditato non poteva per certo attuarsi con un piccolo lembo autoplastico. Ecco perciò l' ulteriore motivo più sopra accennato che mi spinse a formar un lembo autoplastico più ampio del solito. Pareva cosa naturale il pensare che nella parte anteriore le due opposte facce interne del novello naso, mantenute con quell'artifizio a mutuo contatto per alcuni giorni, fossero per rendersi coaderenti : pareva pure cosa naturale il pensare che l' efficacia di quelle aderenze avesse più tardi ad essere rinforzata dalle cicatrici in cui si sarebbero per certo convertiti i tragetti di ciascheduna spilla. Sembrava finalmente naturale cosa il pensare che quelle coaderenze e cicatrici una volta solidate, avrebber impedito al dorso del novello naso di dare giù e di schiacciarsi. Dovend' altronde la parte sinistra del lembo restaurare non solo l' ala sinistra del naso ma anche una porzione della corrispondente guancia, ben si vede che senz' un solido modello che quell' ala informasse e ad un tempo riformasse tanto o quanto il solco semicircolare che naturalmente la divide dalla guancia, sarebbesi essa a modo di piano inclinato

continuata con notevole difformità con la porzione restaurata della guancia.

Non tosto ottenuto l' opportuno adattamento del naso, ho dispiegato per quanto si potè la radice del lembo e fissata in parte con due punti di sutura intercisa nel margine sinistro della ferita della fronte. Ho di più riuniti mediante la sutura semplice con aghi fini gl' angoli di quest' ultima, stati prima dissecati per un piccolo tratto, e coperta la parte media denudata con un pannolino spalmato d' un blando unguento. Alcune listerelle emplastiche compirono la medicazione.

Per amore di brevità non dico che lieve fu la riazione traumatica: non dico che s' ebbe cura di sturare frequentemente le cannule introdotte nelle narici : non dico che la ferita della fronte andò bel bello a cicatrice senz' alcun inconveniente e senza lasciare dopo di se una difforme cicatrice: non dico che le altre ferite s' unirono nella massima parte per prima intenzione e che nelle poche sedi in cui suppurarono, si mostrarono piccoli ricrescimenti di carni che richiesero alcuni toccamenti di nitrato d' argento per essere distrutti: non dico che la radice del lembo s' adattò ben alle parti circonvicine, e ciò senza che siavi stato il bisogno di ricorrer a novelle operazioni : non dico che in tutto il corso della cura non insorse risipola, nè alcun altro accidente : non dico che perfetto riescì l' innesto del novello naso senz' ombra di mortificazione e che non occorse in esso alcuna lesione di circolazione nè in più, nè in meno: non dico per ultimo essere stato necessario il corso di cinquanta giorni per la compiuta guarigione. Noto piuttosto essere riescita anzi bella e regolare che no la forma del naso ; duro e rialzato il suo dorso e non punto rincagnato ; consistenti ma un poco discolorate le sue carni ; bene formate, avvegnachè alquanto piccole , le narici ; libero l' uffizio del respirare , del fiutare e del tirare tabacco ; illeso l' odorato. Faccio altresì notar avere continuato a crescer i capelli nell' apice del novello naso che era stato formato a spese del capillizio; i toccamenti fatti su il naso non essere stati mai dall' operato sentiti nella sede in prima

occupata dal lembo ; non essersi più nel corso d' un anno e mezzo in cui io ebbi frequenti occasioni di rivedere l' operato, manifestata alcuna traccia del male che esigette la rinoplastia (Tutte le circostanze relative a questo caso furono notate dal Dottore GIOVANNI FENOGLIO).

Quest' osservazione offre a mio senno più cose notevoli ch'io verrò toccando di volo.

1.° Sono rari nella nostra Letteratura i casi d' autoplastie praticate sopra persone già avanzate nell' età in cui , come nel nostro caso , siasi il lembo autoplastico innestato nella novella sede senz' ombra di mortificazione.

2.° Non è stato osservato quel singolare fenomeno mentovato da DELPECH , LISFRANC , BLANDIN e negato da DIEFFENBACH , il quale consiste in ciò che l' impressione d' un corpo fatta su il lembo autoplastico è dall' operato sentita nella sede ch'esso occupava prima.

3.° È questo caso un novello esempio del ritorno dell'odorato dopo l' operazione. Ritornò pure questo senso nell' operato di cui parla BLANDIN ed in quello di cui io ho , già tempo, registrata la storia in questo stesso giornale (A).

4.° Qualunque lembo autoplastico offresi nell' atto operativo flaccido e sparuto. Ma dopo il suo stabile innesto assume esso con il progresso del tempo una ragguardevole spessezza. Così incontrò negl' operati di Tagliacozzi e così pur incontrò in questo mio operato , come in tutti quelli ch' io ho fin qui sottoposti alla rinoplastia. Come conciliare questi risultamenti con quelli d' alcuni Pratici e specialmente di VELPEAU il quale parlando della *rinoplastia totale* dice che il *nuovo organo* diventa molliccio al segno d' abbassarsi come uno straccio per l' influsso della pressione atmosferica ?

5.° Si conosce l' opinione di DIEFFENBACH il quale, su il timore che il lembo autoplastico muoia per asfissia o per flogosi, con-

(A) La citata storia è pure stata sopra registrata a pag. 356 , del vol. primo.

siglia di tagliare i più cospicui vasi arteriosi della sua radice. Già in un' altra occasione (A) io ho propulsata quell' opinione e non è perciò mio animo di ritornare sopra quest' argomento. Rammento solo che nel caso in quistione non fuvvi nè asfissia nè flogosi soverchia nel lembo, avvegnachè non sia stato seguito il consiglio di Dieffenbach.

6.° Dieffenbach ha, forse in grazia di quella sua pratica, osservata la caduta de' peli ne' lembi autoplastici, stati levati via da una parte naturalmente pelosa. Dovechè Labat, Blandin ed io (B) abbiamo osservato il contrario. Il presente caso è una novella prova che i peli d' un lembo autoplastico preso in una parte pelosa e trasportato in una non pelosa, si nutrono e crescono. Di fatto il nostro operato doveva di quando in quando svellere i lunghi peli che crescevano su la punta del novello naso, la quale era stata formata a spese della cute del capillizio.

7.° È opinione di Dieffenbach, Phillips, Martinet per me altrove (C) toccata, che coprendo con un lembo autoplastico la ferita superstite alla demolizione d' un scirro o d' un cancro si impedisce la sua riproduzione per ciò che quel lembo modificando la vita, la nutrizione e la struttura delle parti a cui aderisce, ne cancella la disposizione morbosa. Il nostro caso in cui non s' è più dopo l' operazione riprodotta l' affezione cancerosa, confermerebbe a prima giunta quell' opinione. Se non che è d' assai scemato il suo valore da un altro caso di rino-geno-blefaroplastia ch' io ho, volge or un' anno e mezzo, praticata con un lembo preso alla pelle della fronte, in cui, dopo la sua totale connessione, vidi con sommo mio rincrescimento l' affezione cancerosa che aveva richiesta l' operazione riprodursi in prima sotto il lembo e poi assalire lo stesso lembo: per guisa che questa materia è tuttor una terra incognita.

(A) Si veda sopra alla pagina 407 del vol. primo.
(B) Si veda sopra alla pagina 409 del vol. primo.
(C) Si veda sopra alla pagina 415 e seg. del vol. primo.

8.° Anche in questo caso io ebbi, per le ragioni già altrove dette (A), ricorso con piena mia soddisfazione alla sutura semplice con aghi fini e moltiplicati. Non ho però esclusa del tutto l'*intercisa*.

9.° Questo caso prova in ispeciale modo, è ciò particolarmente da notarsi, la possibilità d' adattare la radice del lembo fra i margini della ferita senzachè sia interrotta la sua circolazione, senzachè risultino difformi rialti e senzachè sia il Pratico costretto fare dopo la cicatrice la sezione di quella radice per darle un nuovo adattamento, com' è da molti consigliato e massimamente da Velpeau.

10. Io non so se nel campo della nostra Letteratura, ormai così vasto che quasi non basta la vita dell' uomo per leggere il solo indice de' libri stampati intorno ad argomenti medico-chirurgici, s' incontrino già tracce della modificazione per me attuata e sopra menzionata, la qual è diretta a dar una naturale e stabile forma al naso. Poco ciò mi preme. Ma quello che mi sta particolarmente a cuore è il desiderio che passi nell' animo del Lettore l' intima persuasione che da quest' osservazione è nata nel mio intorno alla sua utilità. In fatti nel mio caso il dorso del naso, anzichè divenire molle e dare giù, conservò l' elevatezza del suo primiero piano, assumendo nel tempo stesso una durezza semicartilaginea (B). Molte altre riflessioni potrebbono dedursi dal caso in quistione, ch' io passo sotto silenzio per ciò che sarebbero soltanto la ripetizione di quelle ch' io feci nella più volte citata memoria (Estratto dal *Giornale delle Scienze Mediche*, anno 1843) (C).

(A) Si veda sopra alla pagina 396 del vol. primo.

(B) Avrei desiderato che al Dottore Jobert, il quale cotanto allargò i limiti della Scienza in ordine all' autoplastica, fosse stata nota cotesta modificazione, perchè stimo che nelle tante operazioni autoplastiche per esso lui praticate avrebbe verosimilmente trovato il modo d' estenderne l' applicazione. Ed è appunto questa una fra le poche omissioni che nell' annotazione alla pagina 359 del vol. primo io lamentava aver incontrato nella recente di lui Opera su la Chirurgia plastica.

(C) Si veda sopra alla pagina 356 del vol. primo la memoria relativa ad un caso di *Rino-geno-cheiloplastia*.

CASI

d' amputazione del collo dell' utero

con alcune considerazioni

intorno ai mali che la richiesero.

Fra le conquiste della moderna Chirurgia è da annoverarsi l'amputazione del collo dell' utero. Ma quali ne sono i vantaggi e quali gl' inconvenienti? Quali i pericoli? Quali le malattie che la richiedono? Quale la sua efficacia nel vincere coteste malattie e nel prevenirne il ritorno? Il tempo, ulteriori fatti, l' acquisto di mezzi più certi per rettamente contraddistinguere le une dalle altre le varie malattie di rea natura di cui può travagliare il collo dell' utero e soprattutto la buona fede degli Operatori, ecco i precipui elementi da cui è lecito sperare la soluzione di quelle ed altrettali materie, tutte fin qui più o meno quistionevoli e ridondanti di punti interrogativi. E di ragione, svolgendo i Codici della nostra Letteratura incontriamo che, mentre alcuni dichiarano l' amputazione del collo dell'utero qual operazione facile e di poca gravità, esente da emorragia, capace ne' più de' casi di vincere radicalmente le affezioni cancerose del collo dell' utero di cui credono facile la diagnosi, per guisa che Lisfranc lasciò scritto averla egli praticata ottantanove volte e quasi sempre con successo, vediamo poi altri Pratici

uscir in opposta sentenza e tenere quell' amputazione com' una operazione alle volte pericolosa e prontamente funesta, siccome videro Velpeau, Pauly, Rust, Graefe, Roux, Dupuytren, ecc.; allegare (Pauly) fatti da cui risulta ch' essa fu sovente seguita da emorragia che riescì talvolta fatale ; negare la facilità di distinguere le vere affezioni cancerose del collo dell' utero dalle durezze, ulcere, vegetazioni fungose d' altra natura ; credere che appunto per questa difficoltà di diagnosi siasi molte volte praticata quell' operazione per mali non cancerosi suscettivi di guarire con mezzi incruenti ; credere pure che, quando l' affezione cancerosa è così bene caraterizzata da non lasciare più alcun dubbio di se, irrita e vana sia quasi sempre l' operazione per ciò che il male s' è già *materialmente* od in *immagine* diffuso alle rimanenti parti dell' utero ed agl' organi adiacenti; dichiarare (Pauly, Carron, Treille, Duparcque, ecc.) fallaci i racconti di Lisfranc e (cosa dura a dirsi) vituperevoli ; porre in questione (Wenzel, Krimer, Zang) la convenevolezza di quella operazione ne' mali cancerosi del collo dell' utero e puntellare il loro dubbio allegando che Osiander il quale ne fu l'inventore non v' aveva più ricorso negl' ultimi tempi della sua vita, che Lisfranc, uno de' più caldi fautori, la pratica assai più di rado e che Dupuytren il quale la trapiantò in Francia, l' aveva finalmente rigettata.

Più volte m'è toccato recidere il collo dell' utero, ma fin quì non ebbi occasione di tenermi soddisfatto de'risultamenti di cotesta operazione ogni volta che la ho intrapresa con lo scopo di debellare un' affezione cancerosa; il che apparirà dalle osservazioni che riferirò più innanzi. Ciò premetto perchè credo che una persona dell'arte che sia coscienziata non debbe pubblicare i suoi prosperi successi senza fare menzione degl' improsperi. Per verità riflettendo tra me e me alla nota maligna indole delle affezioni cancerose ed alla facilità e frequenza con cui, estirpate o cauterizzate, si riproducono : riflettendo che le siffatte malattie movono quasi sempre da un morboso lievito costituzionale : riflettendo che, anche facendo di ciò astrazione, ne' più de' casi passa un lungo inter-

vallo tra la loro prima origine nel collo dell' utero ed il tempo in cui l' ammalata ricorre all' arte o quello in cui l'arte può per caratteri non dubbiosi riconoscerne la loro natura : riflettendo che in quell' intervallo di tempo è cosa , se non impossibile , rarissima che il male non si diffonda dal collo al corpo dell'utero : riflettendo alla difficoltà e sovente all' impossibilità che si incontra nel determinare i limiti di queste diffusioni : riflettendo in fine che la sperienza mi ha pur troppo dimostrato non essere del tutto fondata l' opinione di coloro che dicono le affezioni cancerose starsi nel collo dell' utero più lungo tempo locali che quando mettono radice in altre sedi del corpo : a tutte queste ed altrettali cose riflettendo dico francamente che il non avere io ottenuto successo dalle recisioni del collo dell' utero canceroso m' afflisse ma non mi sorprese nè punto nè poco. Con tutto ciò però io penso che sin a tanto che l'arte non isconsiglia formalmente l' estirpazione delle affezioni cancerose aventi sede in altre parti del corpo e non ha in ciò guadagnato un punto di posa più stabile , sia cosa illogica il bandire l' amputazione del collo dell' utero. Ciò premesso , descriverò alcuni de' casi in cui ho io praticata l' operazione acciò il Lettore veda quali erano la natura del male e le condizioni delle malate che vi furono sottoposte.

Caso 1.° Ai 24 di gennaio 1840 fu ricoverata nello Spedale Magg. di S. Gio. Battista e coricata in un letto della Clinica operativa la cuoca Maria F. . . da Carignano , d' anni 24 , di temperamento sanguigno , di costituzione buona , rossa in volto e con forme atletiche , abusatrice d' alimenti calorosi e di bevande alcooliche. Fu sana sin al quindicesimo anno. Da quest' età sin al diciottesimo anno sofferse in un modo ricorrente cefalalgie , pesantezza de' lombi , forte vibrazione precordiale nel salire scale e nel camminar un po' frettolosa , passeggiere rossezze di volto , accensioni calorose del capo , respiro sovente affannoso , in somma sintomi di morbosa *tensione* del sistema vasale rosso , che la spontanea comparsa della menstruazione, la quale fu molto abbondante e protratta , dileguò affatto. Passata a marito su i

18 anni, visse incolume per tre anni, a capo de' quali si manifestò un po' di scolo leucorroico con diminuzione de' menstrui e con alcuni altri sintomi d' orgasmo uterino. Ebber a ciò la principale parte l' abuso del coito e del vitto caloroso, non che la soverchia azione del calorico a cui pel suo mestiere era esposta. Non si potè venire in cognizione se non vi sia per avventura stato, del che era forte a sospettarsi, un simultaneo innesto gonorroico. Dopo quella *località* uterina non solo si rinfocolarono i sopra narrati sintomi di *tensione* cardio-vasale già da lunga pezza spenti ma crebbero d' intensità, massimamente la cefalalgia e vi s' aggiunse una quasi continua palpitazione di cuore. Erano già trascorsi molti mesi in questo stato senza che l' ammalata si fosse preoccupata del male che l' affligeva, nè avesse avvisato al modo di guarirne, quando, dietro ad un alterco, fu ella gravemente percossa su il capo. Da quel momento cessò affatto la menstruazione, rimasero molto aggravati i suoi mali preesistenti cioè la cefalalgia, la pesantezza de' lombi, la palpitazione precordiale, l' affanno del respiro, ecc., e s' aggiunsero dolori lancinanti nella regione uterina con iscolo di materia biancastra e fetidissima, disappetenza e febbre gagliarda. Succedeva ciò sei mesi prima del suo ricovero nello Spedale. L' ammalata fu in questo stato di cose salassata sei volte, ma vedendo che, se quel metodo aveva alquanto alleviato il sobbollimento vasale, era in quella vece aumentato lo scolo, risolse ella di riparare nella Clinica operativa, dove con altri cinque salassi e con l' uso protratto del calomelano e dell' estratto di cicuta s' ottenne finalmente una lodevole calma del sistema irrigatore rosso. Esplorata allora la località con il dito e con lo specolo si riscontrò tutto il collo dell' utero convertito in un voluminoso tumore scirro-fungoso, stillante facilmente sangue e separante un' abbondantissima e fetentissima marcia. Era pure impigliata da quella degenerazione la parte anteriore dell' inserzione della vagina nel medesimo collo. Erano socii di questa degenerazione un' incomportabile sensazione di peso nella regione de' lombi e ricorrenti dolori lancinanti nella regione ipogastrica.

Offrivasi del resto l' ammalata con un aspetto florido e con buona carnagione, anzi tanto buona che le apparenze escludevan a prima giunta l' idea d' un serio male nell' utero. Non risultò che alcuno consanguineo dell' ammalata fosse stato affetto da mali scirrosi o fungosi. Non risultò pure che l' ammalata fosse stata contaminata da ulcere celtiche locali. Parevano in condizione di sanità così il corpo dell' utero come le parti adiacenti. Sembrava che quel vizio organico fosse il seguito d' un' infiammazione del collo dell' utero, fondata forse in una speciale condizione scirrosa, determinata dall' abuso del coito e probabilmente da un innesto gonorroico, aggravata dalla preesistente ed abituale subangioitide con cui s' era messa in relazione, raggravata ancora dalla cessata menstruazione e dall' abuso di modificatori stimolanti sì in alimento e sì in bevanda. L' estensione e la gravità del male non permettendo di sperare sollievo fuorchè nella recisione, fu questa eseguita ai 10 di marzo del detto anno in presenza della Scuola. Essendo la tessitura morbosa molto resistente mi fu facile afferrarla con le pinzette di Museux e trarla bel bello nella vagina, dilatata prima con lo specolo. Consegnate allora le pinzette al Chirurgo Assistente e tolto lo specolo, ho potuto con la guida in parte del dito ed in parte dell' occhio levare via con un gammautte retto, bottonato e semiaperto da una listerella di tela che è forse da anteporsi ai molti isterotomi più o meno complicati, stati a questo fine consigliati, ho potuto dico levare via tutta la parte contaminata, e ciò con tanta precisione che nulla più. Esaminata la parte recisa si vide che il taglio era caduto sopra tessuti affatto sani. Esaminato pure il fondo della vagina si rinvenne in giro al moncone dell'utero un piccolo solco circoscritto intorno intorno dalla parte alta della vagina di cui la falda che manda su il collo dell'utero era stata recisa, mentre il fondo del solco era formato dal tessuto celluloso *estraperitoneale*. Stato consegnato al garbatissimo Dott. Malinverni, questo pezzo patologico rinviensi tuttora nell' Anfiteatro Anatomico e vi si vede tutt' intorno disseccata e ripiegata a guisa di manichino la porzione di vagina riflessa su il collo dell' utero e stata recisa insieme con questo.

Impetuosa comparve nel primo momento l' emorragia ma la *riempitura* vaginale anche non forte bastò a frenarla. Nel giorno appresso si levò la riempitura, però vi si dovette di nuovo ricorrere nel terzo giorno dall' operazione per riparare ad una grave emorragia che era insorta dietro ad imprudenti movimenti dell'operata. Levata poi definitivamente la riempitura nel sesto giorno, continuò a stillare per alcuni giorni un poco di sangue, pressappoco nello stesso modo con cui stilla in una menstruazione alquanto abbondante. Moderatissima fu la riazione traumatica. Dopo lo stillicidio di sangue succedette lo stillicidio di muco-pus. Si praticaron allora quotidiane iniezioni mollitive nella vagina e si fece ritorno alle pillole di calomelano e di cicuta. Brevemente, visitata dopo quindici giorni la ferita dell' utero, la si rinvenne di bell'aspetto ma circondata da carni un po' escrescenti le quali furono consumate con due toccamenti di nitrato d' argento. Dopo ciò quella ferita si restrinse con rapidità, così che nel ventesimoquinto giorno dall' operazione era essa imbutiforme ed appena capace di ricevere l' apice del dito mignolo, non però ancora del tutto cicatrizzata. In questo mentre sedotta dalle menzognere parole del suo marito, l' operata che si credeva del tutto guarita abbandonò la Clinica operativa a nostra insaputa ai dieci d' aprile del detto anno cioè 33 giorni dopo l' operazione. Giunta a casa dov' io la faceva tenere d' occhio da un Dottore che fu già mio Allievo, largheggiò ella nell' uso degli stimoli e la sequela di ciò fu che ritornò dopo due mesi circa nella Clinica, spintavi da ripetute emorragie. Esaminata, si rinvenne in piena degenerazione l' anzidetta soluzione di continuo, profondamente scavata, coperta da carni fungose facilmente sanguinanti, separante un icore puzzolentissimo ed abbondantissimo ed accompagnata da dolori lancinanti, da febbre vespertina, da notevole *denutrizione* della persona.

Da quel momento si tenne l' ammalata per isfidata. Non per questo si praticarono tre o quattro successive cauterizzazioni con il nitrato acido di mercurio, s' amministrarono rimedii calmanti, ecc. Ma nulla valse a frenare il precipitoso andamento del male.

Come l' ammalata s' addiede ch' era sfidata, non manifestò ella più alcun altro desiderio fuorchè quello d' essere trasportata a casa sua per avere la consolazione di spegnersi tra i suoi ed ebbe perciò congedo dallo Spedale. Non potendo dopo giunta a casa avere le cure confacevoli al suo misero stato ella entrò nello spedale di Carignano, dove, dopo alcuni mesi di tribolazioni, fu tolta ai vivi. I distinti Dottori Chiaraviglio, Cantù e Bionda addetti alla direzione sanitaria di quell' Istituto di beneficenza, e tutti e tre molto amanti della Scienza, fecero la sezione del solo addomine del cadavere ed ebbero, per un tratto di cortesia che non mi cadrà mai dalla memoria, la bontà di farmi note le cose per essoloro vedute, le quali furon in digrosso le seguenti: nel citarle io mi servirò delle loro stesse espressioni: estrema macilenza, macchie simili ad ecchimosi di varia ampiezza e figura, sparse disordinatamente lunghesso il dorso e le estremità, segnatamente inferiori: flessibilità degli arti: lieve edema del dorso de' piedi: alcune tracce di flogosi nell' intestino tenue: ovario sinistro molto voluminoso ed iniettato: sane le tube faloppiane e sani pure i ligamenti larghi: naturale il volume e la tessitura dell' utero, tranne però il suo apice il quale offrivasi corroso da un' ulcera dai margini rilevati, duri, disuguali: assenza del collo dell' utero: vagina infiammata nella terza parte inferiore, suppurata nella terza parte media e distrutta affatto nella faccia posteriore della sua terza parte superiore; talmentechè l' icore stillante dall' ulcera dell' utero irrorava immediatamente la superficie anteriore esterna dell' intestino retto, senza che però siasi in questo potuta rinvenire alcuna traccia d' ulcerazione e tanto meno di crepaccio: morbosa aderenza cellulo-vasculare tra il basso fondo della vescica orinaria e la parte posteriore della vagina (Le circostanze relative a quest' osservazione furono notate dal Dottore Stefano Rovere).

Caso 2.° La signora N., d' anni 38 circa, di temperamento sanguigno-atletico, di grande forza fisica e di non minore forza d' animo, d' ingegno svegliato e colto, dotata d' un complesso di lodevoli qualità fisiche e morali rare ad incontrarsi nella

stessa persona, godette buona sanità sin all' età d' anni 12, in cui comparve abbondante la menstruazione. Da quell' età non ebb' ella a soffrire alcun altro male fuorchè frequenti irritazioni pletoriche ora delle gengive, ora del cervello, ora del ventricolo, le quali occorrevano specialmente nell' inverno e nella primavera e quando le menstruazioni eran un cotale poco meno abbondanti del solito e svanivano d' ordinario con uno o due salassi. Fu maritata su i ventisei anni e su i trenta sofferse un aborto. D' allora in poi andò soggetta a metritide lenta con dolore gravativo nelle regioni renale ed ipogastrica, dolore dopo il coito, scolo leucorroico alternante con istillicidio di sangue, menstruazioni irregolari, sovente emorragiche. Confidando nella forza della sua costituzione la sig. N. non ebbe subito ricorso all' arte. Frattanto il male gettò profonde le radici, lo scolo leucorroico diventò abbondantissimo, fetente e sovente misto con sangue. Il dolore gravativo de' reni e della regione uterina stava in ragion indiretta con lo scolo bianco e rosso di cui l' abbondanza fu per due anni tale e tanta che recava maraviglia come non fosse ella punto deteriorata nelle forze e nella carnagione. Avendo in questo stato adoperati in vano molto rimedii, ella si determinò a venire da lontano paese per sottoporsi alle mie cure. Con l' esplorazione riconobbi esser il collo dell' utero d' un grande volume e compreso da degenerazione fungo-encefaloidea; riconobbi altresì che l'ovario destro era alquanto tumido e dolente. Del resto, eccettuata un' abituale stitichezza, eravi perfetto equilibrio in tutte le funzioni. Non potendo scorgere alcun raggio di speranza fuorchè in un' operazione cruenta, io ho su lo scorcio dell'anno 1841 praticata l' amputazione del collo dell' utero, presenti i Dottori Malinverni e Gasca. Per la facilità con cui i tessuti malati afferrati con le tanaglie si laceravano, l' atto operativo fu alquanto difficile, protratto e dovette essere specialmente compiuto con l'aiuto di lunghe forbici curve su il piatto e con il gammautte bottonato. L' emorragia traumatica, tuttochè impetuosa, fu arrestata con la riempitura la quale fu tolta nel quinto giorno dall' operazione. Moderata occorse la riazione traumatica e buono

era l' indirizzo delle cose e conforme a' nostri desiderii, quando nel decimoquinto giorno dall' operazione, l' ammalata tra perchè un grave cruccio la travagliava e tra perchè era imminente il tempo in cui negl' antecedenti mesi soleva essere menstruata, fu colta da una violenta emorragia la quale, refrattaria alle topiche applicazioni di ghiaccio non che alla sola *riempitura*, cedette finalmente dopo 24 ore alla *riempitura* avvalorata da una forte pressione fatta con la mano. Sottentrò dopo pochi giorni una grave flogosi della mucosa gastro-enterica la quale mise l' operata a due diti dalla tomba. Riavutasi finalmente, ella prese forza e carnagione, ma esaminata la *località* si rinvenne che la ferita superstite all' operazione e già molto ristretta, cominciava ad offrire i caratteri della degenerazione primaria. Non per questo l' operata incalzata da urgenti affari di famiglia volle rimpatriare e sospendere ogni specie di cura sin al suo ritorno costà. Ritornata dopo un' assenza di tre mesi, s' incontrò il male rigenerato a segno che fu restìo al lungo uso del joduro di arsenico preso internamente, non che alle ripetute cauterizzazioni fatte ora con l' arsenico, ora con il cloruro di zinco e trasse l'ammalata alla tomba un anno e mezzo circa dopo l'operazione. Non mi venne fatto di praticare la necropsia.

A questi due casi io potrei aggiungerne un terzo di degenerazione fungo-encefaloidea del collo dell' utero, ma lo passo sotto silenzio perchè, salvo la maggior età della donna che mi porse occasione d' osservarlo, tutte le altre circostanze (temperamento sanguigno, abbondanti menstruazioni, natura della degenerazione, atto operativo, sequele, rigenerazione del male, ecc.) furono analoghe a quelle del caso ch' io vengo di descrivere. Riferirò piuttosto un altro caso per ciò che lo ravvisai per alcuni riguardi dai fin qui notati alquanto dissomigliante.

Caso 3.º Ai 20 di dicembre dell' anno 1841 fu ricoverata nella Clinica operativa la denominata Antonia N. di Torino, d' anni 35, dotata di temperamento sanguigno-atletico, di forte costituzione e d' invidiabile fortezza d' animo, per esservi curata d' inveterata malattia d' utero. Visse sana sin ai 17 anni in cui

fu menstruata. Scarsi ma regolari furono per sei anni i lunari tributi e si resero poi più abbondanti, fors' anche troppo abbondanti, dopo che passò a marito; il che succedette su i 23 anni. Ebbe cinque parti felici ed il sesto che accadde nel mese di maggio 1840 cioè nel trentesimoquarto anno della sua vita ed un anno e mezzo prima del suo ricovero nella Clinica, fu *artifiziale.* Dopo il quinto giorno dal parto ristagnaron i flussi lochiali e la loro soppressione fu conseguitata dall' esito d'una materia di colore ora rosso-pallido, ora falbo ed un poco fetente. Nel tempo stesso cominciò l' ammalata a soffrire disagio universale, illusorio senso di debolezza, peso doloroso e trafiture nella regione del pube, leggiera e ricorrente dolenza in quella de' reni, in somma indizii di subdola flogosi uterina la quale, non medicata, anzi aggravata da incongruo vitto, dall' uso del coito e simili, continuò con varie fasi d' incremento e di decremento fino nel principio dell' anno 1841, nel quale tempo essa, in seguito ad una novella gravidanza che si dileguò per aborto nel trentesimoquinto giorno, prese un andamento subacuto, rivelato da grande irascibilità ed *impressionabilità,* dolori negl' inguini e nelle coscie, difficoltà di stare ritta su la persona, di salire scale, continuo senso di stanchezza, ricorrente disuria, febbricella vespertina, aumento di dolori nelle regioni lombare ed ipogastica. Nel tempo stesso i menstrui continuaron a comparire due volte al mese con forma metrorragica e con sangue aggrumato, e nell' intervallo de' menstrui colava dalla vagina fetentissimo e trabbondante muco-pus di natura icorosa. Grama e dolente, l' ammalata passò nove lunghi mesi in siffatta condizione di cose, nel quale tempo è incredibile la quantità del sangue che le uscì di vagina sotto forma emorragica e finalmente esaurita di forze ma non di coraggio si decise ella d' entrare nella Clinica operativa, dove la riscontrammo nel seguente stato: offriva i sopra citati sintomi di metritide cronica: era subtumescente nel volto e di colore lucido-cereo: aveva il polso celere e frizzante: con lo specolo si riconobbe un' escrescenza fungosa del volume d'una mela, sanguinante con

facilità, pendente nella vagina ed attaccata, anzi immedesimata con il labbro anteriore del muso di tinca: questo labbro offrivasi esso pure duro ed alquanto ipertrofico: toccate, le regioni degli ovarii dolevano, però non vi s'incontrava alcuna gonfiezza. La natura del caso esigendo imperiosamente la recisione del tessuto malato, fu questa dopo tre giorni di riposo e dopo avere manifestato il dubbio del ritorno del male, praticata ai 23 di dicembre del citato anno in presenza della Scuola e nel modo stato sopra annunziato descrivendo il *caso primo*. Poca fu la perdita di sangue, in grazia fors' anche delle ripetute iniezioni d' acqua ghiacciata, state fatte nella vagina subito dopo l' operazione. Moderata riescì pure la riazione traumatica. Non cessando però un tal quale grado di morbosa tensione vasale, si prese il partito di sottoporre l' operata all' uso interno dell' infusione di digitale e delle pillole d' estratto d' aconito e di cicuta, ch' ella continuò fin alla guarigione. Essendo pure l' alvo da lungo tempo ed oltre ad ogni dire stitico, si riparò a questa complicazione con frequenti clisteri ora mollitivi ora torpenti. Esaminata dieci giorni dopo l' operazione, la ferita si rinvenne coperta da carni escrescenti che furono distrutte con il nitrato d' argento. Quest' operazioncella è stata più volte ripetuta e nell' intervallo de' toccamenti si consigliaron iniezioni d' una soluzione di solfato di rame. Con questi mezzi opportunamente adoperati s' ottenne nello spazio di due mesi la cicatrice della soluzione di continuità ed un' apparente guarigione. Non pretermetto di dire che quindici giorni dopo l' operazione, le menstruazioni che erano da lunga pezza irregolari, ebbero luogo come nello stato di sanità. Non pretermetto pure di dire come dopo l'operazione siasi verificato che la porzione del collo dell' utero stata recisa fosse bensì dura e fibrosa, ma senz' i caratteri delle tessiture scirrose ed encefaloidee. L' operata uscì dallo Spedale ai 27 d' aprile dell' anno 1842. D' allora in poi ella ripigliò sufficiente carnagione e forza, ma non fu libera mai del tutto dagl' indizi di subdola subangioitide, come polso frequente e frizzante, colore lucido-cereo, subtumescenza di volto,

facile vibrare de' precordii e delle carotidi, pesantezza della persona, sete, affanno, come persona a cui sia imminente un grande pericolo, ecc., e da un mese circa ritornarono scoli abbondanti e fetenti dalla vagina con peso renale, doloruzzi vaghi, irregolarità de'menstrui, tumidezza della cicatrice, dilatazione de'vasi intorno alla medesima in somma tali fenomeni che soglion essere gl' antesignani della riproduzione del male (Le notizie relative a questo caso furono raccolte dal Dottore Francesco Falciola).

Queste osservazioni non hanno bisogno di commento. Risulta che, ad eccettuazione dell' emorragia e della riproduzione del male, l'operazione non fu conseguitata da alcun altro degl' accidenti ch' essa trae alle volte dopo di sè, come la peritonitide, la flebitide, gl' ascessi entropelvei, la perforazione della vescica, del retto, del peritoneo, ecc. Risulta altresì che rapida fu la rigenerazione del male nei tre casi in cui tutto il collo dell'utero era impigliato da degenerazione scirrosa ed encefaloidea. Risulta per ultimo che fu più tardiva in quello che vengo di descrivere in cui era soltanto compresa una parte del collo dell' utero ed oltracciò la parte affetta non offriva i caratteri della degenerazione scirrosa, ma solo quelli di tessuti avviati a cotest' alterazione. Per guisa ch' io non posso, amo ridirlo, farmi panegirista dell' amputazione del collo dell' utero, diretta a vincere la summentovata rea degenerazione e debbo mal mio grado entrare nel sospetto stato manifestato da più Pratici che ne'casi narrati negl' Annali clinici di donne le quali non solo guarirono radicalmente ma ingravidarono e partorirono una o più volte senz' accidente, sia stata effettuata l' amputazione del collo dell' utero per mali non cancerosi. Non voglio con tutto ciò lasciare passar inosservata un'analogia che v' è tra tutti que'casi. E per verità è degno di riflessione il vedere che tutte le donne che furono soggetto di quelle osservazioni erano di forte tempra sanguigna e dotate di molta fortezza d' animo; che in tutte erano stati precoci ed abbondanti i benefizii lunarii; che in tutte le neuropatie locali furono poco di cosa in confronto della rea na-

tura e degli innoltrati periodi del male che le affliggeva, e ciò in grazia dell' ubertoso stillicidio di muco-pus e di sangue dalla vulva, da cui era a mano a mano un tal poco distasata la congestione uterina; che in tutte il male locale era stato preceduto ed accompagnato in prima da orgasmo di tutto o d'una parte del sistema irrigatore rosso con tendenza alle iperemie, alle emorragie e poi anche da pertinace subangiotide. Queste cose non dico già perchè io pensi consistere la precipua condizione dei mali di cui è qui particolarmente quistione in una morbosa ed abituale tensione o flogosi del sistema irrigatore rosso. Per certo s' io ciò pensassi e dicessi sarei smentito dall' osservazione la quale ci offre tutti i giorni morbosi ed abituali risalti del sistema irrigatore i quali non riescono mai all' orditura di *località* di maligna natura. Piuttosto mi prese il destro di fare quelle riflessioni perchè sembran a prima giunta collimare con l' opinione di coloro i quali pensano che in una cattiva crasi del sangue od in un qualche ostile principio circolante con il medesimo sia da riporsi la cagione motrice della formazione de' mali cancerosi e quella del loro facile e frequente riprodursi. Se non che anche ammettendo la presenza di quello specifico principio ostile nel sangue rimarrebbe a cercarsi se sia esso cagione od effetto del risalto de' vasi e rimarrebbe altresì a cercarsi quale sia la speciale modazione di vita e d'organismo che presiede alla sua genesi o vi s' associa. In somma s' affollano qui tante *incognite* ch' io m' affretto di ritrarre il piede da un così sdrucciolevole sentiero, confessando che si sono in ciò escogitate molte teorie ma che l' osservazione la quale debbe fecondarle non è neppur un abbozzo.

Non sonvi per avventura, oltre alle lesioni scirrose, cancerose, fungose e cerebriformi, altre malattie del collo dell'utero che ne addomandino l' amputazione? Benchè fin qui sia stata questa soltanto consigliata contro que' mali, l' osservazione mi ha però dimostrato esservi un' altra affezione cronica del collo dell' utero, la quale alle volte la richiede ed in cui quest'operazione ha un effetto curativo veramente radicale, ben altrimente

che quando ad essa si ricorre con la sola vista di guarire affezioni cancerose. Consiste questo male nell' ipertrofia della sommità del collo dell' utero o de' labbri del muso di tinca. Ben è vero che alle volte si viene a capo della medesima con il lungo uso de' potenti mezzi scioglienti che l' arte possiede oggigiorno. Ciò non di meno tutti i Pratici sanno che talvolta quel male, soprattutto se inveterato, resiste ad ogni medicazione incruenta e che frattanto lasciato a se stesso è frequente causa di risalti irritativi dell' utero che contristano la vita e fa con il tempo scala a mali molto peggiori. Parrà altronde quella mia proposizione vieppiù razionale a chi contrappone alle lunghierìe ed alle incertezze della cura incruenta ne' detti incontri la prontezza e certezza dell' esito mediante l' operazione: a chi aggiunge la facilità con cui s' eseguisce allora l' operazione tra perchè il collo ipertrofico dell' utero è molto prolungato al basso e tra perchè, in grazia della consistenza del suo tessuto ipertrofico, dà una tenace presa agl' uncini diretti ad abbassarlo: a chi sopraggiunge in fine il nissun pericolo dell' operazione per ciò che da un lato poco sviluppati sono per solito i vasi della parte che ha da recidersi, mentre dall' altro la recisione comprendendo la sola sommità del collo, lo strumento scorre lontano dalle regioni pericolose che sono verso l' unione del collo con il corpo dell' utero. Non è mio intendimento parlare qui degl' accennati esiti dell' ipertrofia, nè delle sue cause, nè della sua natura, ma mi piace soltanto notare che in due casi in cui questo male resisteva ostinatissimo ad ogni medicazione incruenta io ebbi ricorso all' amputazione del collo dell' utero con pieno successo, avendo in ciò imitata la condotta che l' arte suggerisce ne' casi d' ipertrofia delle tonsille. Per non uscire de' limiti della brevità io dirò di quel solo tra i due testè detti casi di cui la Scuola fu testimone.

Caso 4.° Ai 2 di giugno dell' anno 1830 fu ricoverata nella Clinica operativa la sarta Giovanna V., nata in Vercelli ed abitante in questa Capitale, d' anni 30, maritata, regolarmente menstruata, dotata di temperamento sanguigno-linfatico e di ro-

busta costituzione. In età di 26 anni ebbe ella a soffrire, in seguito ad un parto, una metritide acuta la quale, ad onta di tre salassi e di altri mezzi antiflogistici, fece il passo allo stato lento, superstite un poco di leucorrea con doloruzzi nella locomozione, nel coito, ecc. Resasi di nuovo acuta due anni appresso, quella metritide fu altresì combattuta e calmata con i mezzi antiflogistici, ma non diradicata. Per guisa che dopo due anni di patimenti l'ammalata fu costretta di riparare nella Clinica offrendoci i seguenti sintomi e segni: un poco di leucorrea: dolori nella locomozione e nella stazione, estendentisi nella regione lombare e nelle coscie: senso di calore e di peso nella regione ipogastrica: tenesmo della vescica e dell'ano: stitichezza ostinata: mediante l'esplorazione fatta con l'occhio e con il dito si riconobbe esser il labbro anteriore del muso di tinca duro, tumido, ipertrofico e del volume d'una grossa castagna, non gran che doloroso al tatto ed offrente poche vestigia di morbosa vascolarità. Narrò l'ammalata che da quattr'anni il coito era sempre stato doloroso. Già erasi ella assoggettata per due lunghi anni alle cure d'un distinto Pratico, ma indarno. Vista perciò questa circostanza e vista altresì l'indole del male, io praticai, previo il riposo di tre giorni, la recisione parziale del collo dell'utero cioè del solo labbro anteriore del muso di tinca. L'atto operativo riescì facile, preciso, spedito e poco doloroso. La parte recisa ci offerse i caratteri d'un tessuto fibroso ipertrofico. Si manifestò subito dopo un continuo ma moderato gemitivo di sangue arterioso che obbligò gl'Allievi di guardia a fare la riempitura della vagina, la quale, benchè per me stesso rifatta alcune ore dopo, non bastando a ristagnare il sangue, s'aggiunsero fomenti ghiacciati su la regione ipogastrica e su l'interno delle coscie. Avendo la riempitura quaranta ore dopo suscitato un poco d'irritazione gastro-enterica con tenesmo della vescica e del retto, si levò via e si supplì con fomenti freddi e con clisteri mollitivi, con la giunta di bevande rinfrescative e di due salassi dal braccio.

Con questi mezzi pronta fu la calma e la guarigione della

ferita, anzi tanto pronta che l'operata fu in grado d' uscir un mese appresso dallo Spedale senz'alcun avanzo del male il quale d'allora in poi non s' è mai più riprodotto (Le circostanze di questa storia furono notate dal Dottore Alessandro Sella, già Professore d'Igiene rurale nello Stabilimento Agrario di Sandigliano ed ora Socio ordinario dell'Accademia Medico-Chirurgica di Torino (Estratto dal *Giornale delle Scienze Mediche*, anno 1843 (A).

(A) Per quella stessa sperienza clinica per cui io rimasi sfiduciato su il conto della recisione del collo dell' utero, lo rimasero pure tanti altri Pratici, stava per dire i più de' Pratici : per modo che andò per gradi perduto quell'entusiasmo che avevan in su le prime destato le insinuazioni di Lisfranc ed oggigiorno i Giornali periodici della Scienza son in cotest'argomento quasi ridotti al silenzio.



DUE CASI

D' ascessi dell' orbita

consecutivi a malattia del seno frontale

stati guariti con la perforazione della lamina orbitale

dell' osso etmoide.

Sorpreso della sterilità della Scienza circa le cause degl' ascessi *entrorbitali*, massimamente di quelli che occorrono nella metà superiore ed interna dell' orbita e sorpreso ancora più sperimentalmente del poco valore de' mezzi diretti a combatterli, io ho più volte seriamente pensato a quest' argomento e specialmente allorchè mi toccò di curare la contadina Ludovica Bainetti, da Moretta, di cui ho registrato l' osservazione in questo stesso Giornale nella puntata del mese d'ottobre dell'anno 1838 (A). Dopo aver in quell' occasione inutilmente provati con un' ostinatissima perseveranza tutti i mezzi più lodati dell' Arte io ho in fine ideata e con pieno successo attuata una nuova pratica operativa la quale, stata da me divulgata per mezzo del poc' anzi citato Giornale, venne poi con favore riprodotta in molte Opere scientifiche e specialmente nella Gazzetta Medica (anno 1838),

(A) Si veda sopra alla pagina 215 del vol. primo.

nell' Opera del ROGNETTA su l'Ottalmologia e nel Dizionario de' Dizionarii di Medicina Francesi e stranieri. Per guisa che è dessa ora generalmente conosciuta ed ha presa sede fra le operazioni chirurgiche. La sua formola è la seguente: « un Assistente abbassa la palpebra superiore tirandola nel tempo stesso un poco esternamente. L'Operatore fa scorrer un gammautte retto a traverso della radice della palpebra nel centro dell'ascesso, e ciò verso l' angolo interno dell' occhio, tra esso ed il principio del sopracciglio. Spacca egli quindi ampiamente l' ascesso facendo scorrer il gammautte dal lato interno all' esterno in una direzione parallela alla radice della palpebra sino contro il ligamento interpalpebrale il quale, per evitare la procidenza della palpebra, debb' essere risparmiato. Nettato di poi l' ascesso, ristagnato il sangue e bene discostati i margini della ferita con uncini ottusi, l' Operatore introduce una piccola sgorbia piana dall' alto al basso e dall' esterno all' interno nella ferita e la applica nella parte più declive della parete ossea interna dell' orbita, e ciò verso il fondo della medesima alla maggiore distanza possibile dalla doccia lagrimale. Dopo ciò percuotendo la sgorbia con un maglietto pratica egli in quella parete ossea una breccia ampia a segno da capire con facilità l' apice del dito indice e comunicante con la corrispondente fossa nasale a traverso della lamina orbitale dell' etmoide : breccia destinata a servire di scaricatoio agl' umori separati dall' interno dell' ascesso, non che alle quisquiglie ossee risultanti dalla carie delle pareti dell' orbita, che alle volte coesiste. » È superfluo notare che, ove l' ascesso fosse già aperto, dovrebb' esso essere dilatato su la guida d' una tenta solcata introdotta nella preesistente apertura.

Dal tempo in cui io praticava la prima volta cotest' operazione fin al giorno d' oggi, ormai otto anni, ho curato con felicissimo successo mediante la sì fatta pratica due altri ascessi *entrorbitali* de' quali è appunto mio intendimento di dar una breve descrizione, come quelli che confermarono in me l' idea dell' utilità della medesima ed offersero nello stesso tempo una qualche particolarità degna d' essere più specialmente notata.

Stimo però premettere alcune poche cose relative a quegl' ascessi, che ho desunte dalla mia lunga pratica, e ciò con il fine di chiarire cotest' argomento su di cui, se incontransi alcune rare e sparse nozioni, si desidera tuttora una ben ordinata descrizione monografica. Stimo pure premettere che parlando d' ascessi *entrorbitali* io intendo dire di quegl' ascessi che bene dentro nella cavità dell' orbita s' internano e non già di quelli che si formano negli strati più superficiali della testè detta cavità o nel solo tessuto cellulare *sottocongiuntivale,* de' quali ebbi occasione di vedere una buona mano e di cui minima è l' importanza comparativamente ai primi.

Gl' ascessi *entrorbitali* sono stati, come gli omonimi morbi delle altre sedi del corpo, divisi in *idiopatici* e *sintomatici.* In ordine agl' *idiopatici* una cosa vi ha che mi ha sempre maravigliato ed è che, a malgrado della grande quantità di tessuto celluloso e pinguedineo, di nervi e di vasi d' ogni genere che s' incontrano nella cavità dell' orbita, sian essi molto rari. E di ragione, una sola volta m' è occorso veder un così fatto ascesso. Aveva esso sede verso la parte interna della radice della palpebra superiore ed erasi da lungo tempo aperto spontaneamente ; metteva fondo nell' ima parte dell' orbita ed era stato refrattario ai mezzi più usitati dell' arte. M' aveva io prefisso di sottometterlo alla sopra descritta pratica operativa, ma l' ammalato vi si rifiutò e d' allora in poi non ebbi più mai l' occasione di vederlo. Sono però fermo nella persuasione che la pratica operativa più sopra formolata sia il più efficace mezzo di vincere gl' ascessi *entrorbitali* idiopatici, ridotti ne' termini in cui era quello di cui ho pur ora fatta menzione ed aventi la medesima sede. In quanto ai *sintomatici* posson essi movere da più cause delle quali le principali sono una malsania costituzionale o celtica od erpetica o scrofolosa e simili ; la carie delle pareti dell' orbita ; la propagazione o metastasi d' una risipola della faccia ; le malattie dell' occhio e dell' interno del cranio o dei seni mascellari o delle fosse nasali o dei seni frontali.

Malsania costituzionale. Una malsania costituzionale, principalmente la scrofolosa, è forse la più frequente causa degli ascessi *entrorbitali.* In questi casi havvi quasi sempre carie o necrosi delle pareti dell' orbita. La principale indicazione terapeutica è qui diretta contro la malsania dominante. Dopo vinta questa, succede che la località alle volte risani da sè ed altre volte no. In genere vidi quella guarire dopo lunghissimi indugi quando aveva sede nella metà inferiore dell'orbita e non guarire oppure guarire con molto maggiore stento allorchè aveva sede nella metà superiore dell' orbita: del che si dirà più innanzi la ragione. Vidi due volte simili ascessi aperti da lungo tempo, uno verso l' angolo interno e l' altro verso l' esterno dell'occhio nella radice della palpebra superiore. Ho proposta la sopra formolata operazione ma ambo gl' ammalati la rifiutarono. Credo però che, quando la malattia locale continua dopo che è stata isolata con appropriati mezzi dalla malsania generale, quell' operazione sia per costituire il più sicuro come il più spedito compenso curativo.

Carie delle pareti dell' orbita. Nell' ascesso *entrorbitale* associato a carie è cosa per certo indicatissima di guarir innanzi tutto la carie, quale ne sia la causa. Non è però a credersi che questa una volta guarita, svanisca sempre l' ascesso. Una prova contraria io n' ebbi nella sopra citata Ludovica Bainetti in cui, dopo guarita la carie del contorno del foro di comunicazione con il seno frontale, continuò l' ascesso *entrorbitale* che nasceva dalla malattia di quest' ultimo. Ciò mi porge l' occasione di dire due parole su la cagione probabiliore dell' ostinatezza e del frequente infistolire di quegl' ascessi. Sebbene sia innegabile che la carie o la necrosi conferiscano a ciò, vengo però di provare con l' esempio che non ne sono la causa esclusiva o precipua. Si potrebbe a prima giunta derivare quel fatto da ciò che una delle pareti dell' ascesso aderendo all' occhio debbe di questo seguire i movimenti ed è perciò impedito il suo permanente combaciamento con la parete opposta; il quale combaciamento è cotanto necessario per la loro mutua aderenza.

Questa circostanza può per certo avervi una qualche parte, ma ciò che vieta di credere che v' abbia la principale, è l' osservare che alcuni fra gli ascessi *entrorbitali* infistoliscono più facilmente che non altri, sebbene quella condizione sia a tutti comune. Vi conferisce pure la loro forma sinuosa ma non è la cagione principale; perciocchè, mentre questa forma è comune a tutti gli ascessi entrorbitali, non tutti hanno, ed è stato detto pur ora, la medesima tendenza ad infistolire. Il manifestarsi poi questa tendenza maggiore negl' ascessi della parte superiore dell'orbita che non in quelli della metà inferiore, mi conferma nell'opinione che ho già altra volta dichiarata cioè che, in mezzo a molte cause concorrenti al medesimo effetto, la precipua sia forse da derivarsi dal prolungato soggiorno del pus entro quegl' ascessi: il quale soggiorno è favorito da ciò che il fondo de' medesimi, specialmente di quelli che occupano la metà superiore dell' orbita, ha molta maggiore declività che non il loro sbocco.

Propagazione o metastasi d'una risipola. Io non vidi mai come videro Demours, Weller ed altri, ascessi dell' orbita da risipola diffusa o metastatica. A questo proposito però debbe il Pratico stare all' erta contro un errore in cui è facile cadere ed è che la risipola la quale si tiene quale causa dell' ascesso dell' orbita, non è sovente che la sequela. Io vidi due volte una risipola della palpebra superiore diffusa alle parti circostanti e prodotta dal passaggio del pus dal seno frontale nell' orbita. Uno di questi casi sarà notato più innanzi.

Malattie dell' occhio. Una cosa vi ha ch' io ho sempre ammirata ed è che in mezzo ad un numero innumerevole d' intensissime flogosi oculari con diffusione al tessuto celluloso *entrorbitale*, rivelata da soverchia distensione delle palpebre, da morbosa eminenza ed immobilità dell' occhio, che m' è toccato vedere, siami occorso una sola volta osservare un ascesso *entrorbitale* per effetto di quella diffusione flogistica dall' occhio. In questo caso l' occhio rimase atrofico per fusione purulenta e si ritirò nel fondo dell' orbita e l' ascesso era collocato nell' an-

golo interno ed erasi già spontaneamente aperto per una piccola breccia la quale fu da me dilatata con successiva pronta guarigione. È cosa evidente che per la ritirata dell' occhio nel fondo dell' orbita cotest' ascesso era fuori delle condizioni che favoriscono il suo infistolire e che in simili frangenti può esso essere guarito operando, come ho io stesso operato, dal lato dell' orbita senza che vi sia il bisogno d' aprire il tramezzo osseo orbito-nasale.

Non la sola flogosi diffusa dall' occhio può essere causa d' ascessi *entrorbitali*, ma possono pure questi derivare da degenerazioni di rea natura del medesimo occhio. Non è gran tempo che mi toccò aprir in un ragazzo un ascesso dell' orbita che era riempita da un fungo midollare ed, ormai nove anni, mentr' io stava estirpando un occhio canceroso, il mio gammautte s' insinuò nel centro d' un ascesso *entrorbitale* ch' io non aveva sospettato prima. È cosa sottintesa che qui l' ascesso è un elemento morboso secondario il quale non debbe riscuotere l' attenzione del Pratico fuorchè bene remotamente. È questo il caso, il solo caso in cui può trovare la sua applicazione il condannevole generico precetto che alcuni Pratici nella loro impotenza di guarire gl' ascessi *entrorbitali* diedero, che è di favorirne la guarigione con l' estirpazione dell' occhio. È quest' ancora il caso in cui la guarigione dell' ascesso puossi conseguire operando dal lato dell' orbita senz' aprire una via di comunicazione tra questa e la fossa nasale.

Malattie dell' interno del cranio e dei seni mascellari. Fin quì non ebbi occasione di vedere in pratica il fatto stato narrato da Mackenzie d'una morte provocata dal passaggio del pus d'un ascesso *entrorbitale* nel cranio: nè ebbi pure mai occasione di vedere ascessi *entrorbitali* nati dal passaggio del pus dalla cavità del cranio nell' orbita, com' alcuni Pratici afferman aver osservato. M' è all' opposto accaduto vedere due volte ascessi *entrorbitali* in seguito a malattie del seno mascellare, ma queste erano degenerazioni fungo-cancerose le quali avevano sconnesse tutte le pareti del seno, non eccettuata l' orbitale e che dopo l' estir-

pazione si riprodussero e trassero alla tomba gl' operati. Bene si vede che anche qui l' ascesso non debbe riscuotere la precipua attenzione del Pratico e che si può anche qui fare la cura del medesimo dal lato dell' orbita senza spaccare il tramezzo osseo orbito-nasale.

Malattie delle fosse nasali. Vidi due ascessi dell' orbita in seguito a polipi nasali di cattiva natura. In un caso il polipo traeva la sua origine dalle cellette etmoidali, di dove mandava due appendici cioè una nel cranio e l' altra nella narice anteriore. Nell' altro caso il polipo occupava la sola fossa nasale sinistra. In ambo i casi però la parete ossea orbito-nasale era stata più o meno sconnessa e guasta. Levato in uno di questi casi con l' opportuna operazione il polipo, io ebbi la soddisfazione di vedere l' ammalato liberato da questo e dall' ascesso *entrorbitale* pel libero stillicidio che il pus dell' orbita aveva nella fossa nasale. Dirò anzi che questo caso appunto fece rampollare in me i primi germi dell' operazione che ho ideata, poi praticata e che è stata superiormente formolata. Mi pare che in tali o somiglianti casi non si possa calcar una via migliore di quella che mi condusse ad una così utile meta.

Malattie de' seni frontali. Nella citata puntata d' ottobre dell'anno 1838 io ho fatto cenno di più ascessi del seno frontale stati per me visti e del modo con cui gli ho curati (A). Vi ho pure descritto un caso piuttosto raro, forse non stato mai prima bene verificato, d' ascesso del seno frontale sinistro apertosi nell' orbita. D' allora in poi vidi due altri congeneri casi che è mio intendimento qui descrivere, toccando di poi le differenze che ho scorte tra questi e quello.

CASO 1.°

La contadina Maria Antonia Ceno, d' anni 44, dotata di temperamento sanguigno, di forte costituzione e d' abito capi–

(A) Si veda sopra alla pagina 115 del volume primo.

tale, nata da parenti sani, stata immune da acciacchi nell' infanzia, andò soggetta verso la pubertà a frequenti ed anche abbondanti epistassi. Menstruata a 19 anni e quindi subito congiuntasi in matrimonio, la Ceno ebbe due puerperii di cui uno felice e l' altro difficile. Visse di poi sana sin al quarantesimo anno in cui fu sorpresa da una lenta rinitide, e ciò tra per il cocente patema d' animo generato dalla morte del suo marito e per le maggiori fatiche a cui fu costretta per procacciarsi il vitto, e tra per il passaggio ch' ella fece dal mestiere di contadina a quello di tessitrice e dall' aria salubre e libera de' campi all' umido-fredda d' una stanza poco dissimile da una grotta. Incurata, quella rinitide s' è diffusa ai seni frontali dando luogo ad un cupo lavorio *piogenico* rivelato da subdolo dolore e da lieve gonfiezza del capo del sopracciglio con frequente cefalalgia e con dolore ricorrente alla nuca anzi forte che no. Dopo un anno dal principio di cotesto lavorio cominciò a comparir un ascesso nell' orbita sinistra, stato preceduto ed accompagnato da una grave risipola della guancia e delle palpebre di quel lato. Cessata però la risipola per cura naturale, l' ammalata stette ancora lunghi mesi a casa sua senza nulla adoperare contro quel male e finalmente nel mese d' agosto 1843 riparò nella Clinica operativa dello Spedale Maggiore di S. Giovanni Battista essendo nel seguente stato: notevole strabismo divergente dell' occhio sinistro con vista molto offuscata e doppia: il sopracciglio sinistro di poco maggiore del naturale: grande gonfiezza fluttuante verso il lato interno della radice della palpebra superiore; la quale gonfiezza svaniva con una forte pressione stillando ad un tempo un pus verdastro, denso, abbondante dalla narice destra: dolori ricorrenti e miti ne' dintorni dell' orbita e nella nuca: visibili ricrescimenti di carne nella narice destra: ricorrenti e passeggieri brividi: scarsa ed irregolare la traspirazione cutanea. In grazia di quest' ultima circostanza e delle precedute cagioni reumatizzanti, prescrissi per lo spazio di 20 giorni circa l' uso de' sudoriferi e poi, prima di praticare l' operazione definitiva ch' io m' aveva proposto, ho preferto aprire solamente l'ascesso

con il fine di bene riconoscere il suo interno, le sue attinenze, la sua distesa. Il mio dito indice introdotto per la fatta apertura ha potuto liberamente percorrere la metà superiore dell' orbita convertita in un vasto meandro granelloso nel suo interno e riconoscere che ampiamente aperto era il corrispondente seno frontale pel distaccamento della sua parete orbitale, la quale era applicata ed aderente al contorno esterno del meandro purulento dal lato dell' occhio ed ancora continua per una molle connessione con le rimanenti pareti ossee del sopracciglio verso il suo lato esterno o temporale. Riconobbe pure lo stesso dito che illesa era la parete ossea orbito-nasale. Dopo questa ricognizione m' era cosa facile l' avvedermi che non altrimente sarebbesi potuto venir a capo di quel male fuorchè con mezzi cruenti, epperciò dopo qualche tempo d' indugio ho, su il fine del mese di settembre, praticata l' operazione stata più sopra formolata in presenza di molti Allievi, del Dottore L. Nonnis, Prof. in Cagliari, dei Dottori Balestra e Santanera, ecc. Da quel momento le marcie contenute nell' ascesso s' avviarono per l' ampia breccia della parete orbito-nasale nella fossa nasale, l'ascesso a bel bello si chiuse, l' occhio si raddrizzò, la vista ritornò allo stato naturale, la ferita esterna per gradi si strinse, e tutto ciò con il solo uso di blande e semplici medicazioni e di rimedii diaforetici. M' accinsi allora a levare con le pinzette da polipi nasali le escrescenze carnose che ingombravano la narice destra. Circondavano queste gl' ossi turbinati medio ed inferiore i quali eran altronde così ammolliti che si distaccarono pur essi con una blanda trazione e s' offersero convertiti in un tessuto come semicartilagineo. Oltre alle pur ora dette escrescenze carnose, si vide dallo strappato osso turbinato medio pendente per un sottilissimo e piuttosto lungo pedicciuolo un polipetto vescicolare non molto maggiore d' un cece. Liberata con quell' operazione dall' incomodo della narice destra, l' operata volle rimpatriare verso la fine del mese di gennaio, avvegnachè la soluzione di continuità della radice della palpebra superiore non foss' ancora del tutto chiusa e continuasse a stillar alcune poche gocce di

pus. Questo suo stento a rammarginarsi derivò da ciò che toccavasi nel suo fondo scoperta in un punto la nominata squama ossea appartenente alla parete inferiore del seno frontale. Non vi vuole però molto a vedere che, ne' termini in cui le cose erano ridotte, la totale guarigione è l' opera del tempo e che, una volta distaccata, quella squametta uscirà da sè o discenderà nella fossa nasale senz' alcun timore che sia per riprodursi la prima malattia (Le circostanze relative a quest' operazione sono state registrate dal Dottore Clemente Carlevaris).

CASO 2.°

Maria Canobbio, su i diciott' anni, dotata di temperamento sanguigno e di buona costituzione, nata da parenti sani, sofferse in età d' anni quattro il morbillo di cui la sequela fu una lenta rinitide. Diffusasi questa per la tromba eustachiana nell'orecchia destra, vi generò un' otitide acuta che riuscì alla suppurazione e quindi al crepaccio della membrana del timpano. Da prima abbondante e poi scarsa, la suppurazione lasciò dopo di sè una cronica otorrea che dura tuttora con totale perdita dell' udito. Diffusasi in pari tempo al seno frontale destro, quella rinitide vi generò suppurazione, stata dopo qualche tempo conseguitata da un tumoretto duro, quasi indolente e del volume d' un cece verso l' angolo interno della cavità orbitale corrispondente. Un anno appresso questo tumoretto suppurò per più giorni, poi cicatrizzò senza nulla cangiare nè in volume, nè in consistenza. Stette quindi stazionario sin ai 14 anni in cui compariva in prima scarsa e dolorosa la menstruazione, poi regolare ed abbondante, com' è ancora di presente. Da quel tempo in poi prese il detto tumore maggior incremento dilatandosi per gradi verso la parete superiore dell' orbita con dolori piuttosto vivi e con febbre che esigette due salassi. A malgrado di questi si aperse esso spontaneamente nell' unione del terzo interno con il terzo medio della parete inferiore dell' arco sopraccigliare e ne stillò una materia sero-purulenta. D' allora in poi, ormai tro

anni, la soluzione di continuità fu mantenuta aperta mediante l' introduzione di stuelli e finalmente, annoiata dalla lunghezza del male ed incerta del suo avvenire, l' ammalata entrò nella Clinica operativa ai 22 di marzo 1841 essendo nel seguente stato. Eravi nella parte alta ed interna dell' orbita destra un tumore quasi indolente, di consistenza ossea, del volume e fino ad un segno della forma d' una mediocre castagna, somigliante ad un falso arco sopraccigliare accollato al naturale ed estendentesi sino verso la sua metà: sentivasi con il dito tra questo tumore e l' arco sopraccigliare un piccolo avvallamento trasversale nel centro del quale in distanza d' alcune linee dal capo del sopracciglio, eravi un foro fistoloso circondato da carni escrescenti e stillante un pus molto fetente: uno specillo introdotto in quel foro s' innoltrava passando nel centro del tumore, fino dentro la narice corrispondente, da cui stillava pure da alcuni mesi alquanto di marcia: l' occhio spinto verso il lato esterno ed inferiore dell' orbita, ma libero in tutti i suoi movimenti e quasi illeso nel suo potere visivo. Quanta difficoltà di diagnosi cotesto male offrisse a prima giunta non v' ha chi non lo veda. Non poteva credersi che, a malgrado della sua durezza, fosse un' esostosi epifisaria perchè liberi eran i movimenti dell' occhio, specialmente quelli del grande obliquo; il che sarebbe stato incompatibile con la sede, con il volume e con la forma dell' esostosi. La circostanza del passar uno specillo, introdotto nel forame fistoloso del sopracciglio, nella corrispondente fossa nasale e dello stillare marcia da questa escludeva pur a prima giunta l' idea d' un ascesso dell' orbita. In questa oscurità uno schiarimento dato dall' ammalata gettò ad un tratto la massima luce su la diagnosi. Narrò ella che da soli tre mesi usciva marcia per la narice e che da quel momento piccolissima era la quantità di pus che usciva dal foro fistoloso del sopracciglio. Voleva ciò dire che prima l' ascesso dell' orbita era chiuso al basso e che perciò tutta la marcia doveva ringorgare all' alto, e che da tre mesi erasi esso, per isponta-nea usura della lamina orbitale dell' etmoide, aperto nella fossa

nasale. Voleva pure dire nel tempo stesso che piccola era questa usura perchè non tutto il pus stillava nella fossa nasale, ma una parte ristagnava entro l'ascesso. Ed appunto a questa soffermata di pus unita alla carie degl' ossi ed alla presenza di alcune squame necrotiche che si toccavano con lo specillo nel tragetto fistoloso, dovemmo attribuire la quasi incomportabile puzza della marcia. Dopo fatte tutte le pur ora citate considerazioni s' è per noi conchiuso la malattia in quistione essere stata primitivamente un ascesso del seno frontale: per il lavoro flogistico-purulento di questo essersi disgregata la parete orbitale del seno in un con il continuo angolo orbitale interno con passaggio del pus da quel seno nell'orbita: l'ascesso dell'orbita, oltrachè secondario, essere stato per lungo tempo chiuso al basso e da soli tre mesi aver avuto la sua marcia libero il passo alla fossa nasale per la ragione sopra detta: questo passaggio del pus nella fossa nasale, tuttochè favorevole, non bastare alla guarigione dell'ascesso sia per la presenza di quelle squame necrotiche, come per la troppa ristrettezza dell' apertura di comunicazione: l' ascesso dell' orbita essere limitato superiormente dal seno frontale aperto; verso la parte alta della linea mediana dalle cellette etmoidali anteriori; al basso di quella linea dalla lamina orbitale dell' etmoide parzialmente usata; esternamente verso l' occhio ed anteriormente dalla sopraddetta ossea parete del seno stata dalle rimanenti disgregata; inferiormente e posteriormente dalle pareti naturali dell' orbita: doversi, al fine di conseguire la guarigione, dilatare le parti molli, com' è stato detto in principio di questa scrittura; poi, con lo scopo d' aprire ampiamente l' ascesso, resecare con la sgorbia e con le tanaglie incisive la disgregata parete ossea formante il suo margine esterno e ciò senza ledere la troclea del muscolo obliquo maggiore dell' occhio; poi estrarre le squame necrotiche e nettare bene l' interno dell' ascesso; poi ad ultimo ampliare l' apertura di comunicazione dell' orbita con la fossa nasale a traverso della lamina orbitale dell' etmoide. L' atto operativo fu eseguito ai 20 d' aprile del sopra detto anno in presenza della Scuola ed in

conformità delle norme pur ora dette. Una volta spaccato l'ascesso e resecata la sua parete esterna ossea con lo scarpello e con le tanaglie incisive, si riconobbe l'aggiustatezza della diagnosi cioè si riconobbe che non solo aperti eran il seno frontale e le cellette etmoidali, ma coperti da carni fungo-lardacee che si levarono via: si riconobbe la presenza di più schegge ossee nell'ascesso immastricciate con un pus viscoso e fetentissimo, non che con sostanza adipo-cerosa, e tutto cotest'immondo materiale fu estratto: si riconobbe che piccola era la morbosa apertura della lamina orbitale dell'etmoide e fu essa con la sgorbia e con il maglietto ampliata a segno di capire il dito pollice: si riconobbe ad ultimo che l'ascesso si prolungava sin in fondo dell'orbita e che era rimasta intatta la troclea del tendine dell'obliquo maggiore. Per non dire cose inutili tocco qui solo per passo che dopo l'operazione piccola fu la riazione traumatica e che con sole iniezioni mollitive, poi detersive leggiere si conseguì una così perfetta guarigione che due mesi dopo appena scorgevansi stimate del male e dell'operazione stata praticata per vincerlo, illesi i movimenti ed il potere visivo dell'occhio.

Il Lettore il quale avrà la sopportazione di dar un'occhiata alle due testè narrate osservazioni e di confrontarle con quella della Bainetti (A) stata già più volte da me citata, scorgerà di leggieri fra le medesime le seguenti analogie e differenze.

1.° In tutte e tre l'infiammazione purulenta del seno frontale fu generata da una diffusione flogistica della membrana schneideriana.

2.° In tutte e tre il pus accumulato nel seno frontale si fece strada nell'orbita a traverso della sua parete orbitale o della parete superiore dell'orbita, ma diversa fu la lesione di questa: perciocchè mentre in un caso offriva dessa una sola apertura, era in un altro in gran parte disgregata e pendente nel cavo dell'ascesso orbitale ed in un altro tutta disgregata insieme con

(A) Si veda sopra alla pag. 220 del vol. primo.

l'angolo orbitale interno, epperciò con la troclea del grande obliquo, e deviata contro l'occhio che a guisa di tramezzo osseo separava dal cavo dell'ascesso in quasi tutta l'altezza dell'orbita.

Ed è qui da notarsi specialmente che in quest'ultimo caso in cui maggior era la lesione, minor era il dissesto nel potere visivo ed anche nei movimenti dell'occhio. Quanta parte avrà avuto a ciò il testè detto tramezzo osseo separante l'occhio dall'ascesso?

3.° Non fuvvi in alcuno di que' tre casi allentamento od alterazione della parete posteriore del seno frontale rivolta al cervello; e di fatto nessuno degli ammalati offerse que' sintomi d'irritazione o di pressione degl'organi *entrocranei* che è solita a manifestarsi in quegl'incontri e ch'io ho altra volta osservati (A).

4.° In uno di quei casi il pus raccolto nel seno frontale e nell'orbita non poteva passare da queste parti nella narice corrispondente, mentre in un altro passava. È veramente cosa più facile il darsi ragione del primo caso che non del secondo. Collima molto più con la ragione il pensiero che il pus non possa raccogliersi nel seno frontale e generare il crepaccio delle sue pareti finchè libero è il suo orifizio per cui può stillare nel naso. Non per questo siccome già due altre volte ebbi ad osservare che il pus stillava nel tempo stesso da una fistola del seno frontale e dalla narice corrispondente al medesimo, così mi prese già tempo vaghezza d'indagare di ciò la ragione e di manifestarla nelle pagine di questo stesso Giornale. Questa ragione ch'io giudico non essere fuori di proposito riprodurre qui a maggiore lume della presente scrittura è in digrosso la seguente: quando la membrana coprente uno dei seni frontali, la quale è dotata di molti vasi, e lo provano le iniezioni, s'infiamma, turge e diventa spessa, debbe succedere che le sue pareti vadan a mutuo combaciamento verso l'orifizio del seno dov'è ristretta in angustissimi confini e che il seno medesimo

(A) Vedasi sopra alla pagina 215 del volume primo dove si tratta d'un ascesso del seno frontale apertosi nell'orbita, ecc.

diventi una cavità senz' apertura. E secondo poi la durata di quel combaciamento, gl' esiti della flogosi e la partecipazione che ha di quegl' esiti il testè detto ristrettissimo. tratto membranoso, debb' ancora succedere che, volgendo la flogosi alla purulenza, ora si renda permanente il combaciamento ed ora cessi o si dischiuda l' orifizio a mano a mano che per la stabilita suppurazione la parte infiammata sgonfia, risultandone nel primo caso ascessi e fistole del seno frontale con chiusura, e nel secondo senza chiusura del suo orifizio naturale.

Il Lettore ha notato che premendo in uno di que' casi le pareti dell' ascesso dell' orbita stillava pus non già dalla narice corrispondente ma dall' opposta. La quale cosa indicava per certo che chiusa era la naturale via di communicazione tra il seno frontale ammalato e la corrispondente fossa nasale e che era in modo concreato od accidentale perforato il sottile tramezzo osseo dividente i due seni frontali,

6.° Dopo fatta un' apertura artificiale a traverso della lamina orbitale dell' etmoide cioè nella parte più declive dell' ascesso della metà superiore ed interna dell' orbita, questo si vuota facilmente del contenuto e, sia esso con o senza carie, sempre si richiude. I tre casi per me riferiti comun ebbero cotest' evento. Ma non si può dire la stessa cosa dell' apertura spontanea od artificiale della radice della palpebra che mette fondo nel medesimo ascesso: perciocchè ho osservato assai più stentata esserne la chiusura quando v' è carie che all' opposto.

7.° Non avendo fin qui avuto occasione di far indagini anatomo-patologiche intorno a coloro che risanarono da ascessi orbitali, io non so dire se dopo la guarigione la breccia fatta a traverso della lamina orbitale dell' etmoide si richiuda od infistolisca, e parimente se infistolisca o si richiuda la breccia per cui il seno frontale e la cavità dell' orbita comunicano tra sè. Per chiarire questi punti sono necessarie ulteriori osservazioni (Estratto dal *Giornale delle Scienze Mediche*, anno 1844) (A).

(A) Riferirò qui con istrette e concise parole un altro caso d' a-

scesso dell' orbita susseeutivo a malattia del seno frontale ed occorso nella Clinica operativa nell' anno 1846.

Carlo Bò, d' anni 23; contadino; dotato di temperamento sanguigno, di valida costituzione e d'abito cardio-capitale; nato da parenti sani. Sofferse nell' infanzia croste al capo e ricorrenti epistassi. Quelle svanirono in poco tempo, ma la suggezione all' epistassi durò sin al mese di luglio dell' anno ultimamente trascorso cioè dell' anno 1845. In seguito ad un colpo di bastone su il capo del sopracciglio destro si destarono, ormai tre anni, dolori assai veementi che si diffondevano all' occhio corrispondente ed al capo e cessavan in poco tempo con i soli bagnuoli d' acqua fredda. Rinnovatisi dopo sei mesi, furono fugati con sei salassi e con cataplasmi mollitivi. Poco appresso fu il Bò assalito da febbre intermittente che durò per lo spazio di diciotto mesi: fu in quel lungo intervallo di tempo salassato dodici volte ed in fine raggiunse una compiuta guarigione. D' allora in poi godette prospera sanità sin al mese di luglio dell' anno 1845 in cui cessata l' abituale epistassi cominciò a provar un molesto prurito alla palpebra superiore destra con subdoli dolori al sopracciglio ed al fondo dell' orbita corrispondente. Lasciata a sè la malattia fece progressi e la palpebra divenne così tumida che copriva tutto l' occhio. Fu allora accettato nella Clinica operativa ai 14 di febbraio dell' anno 1846 essendo nelle seguenti condizioni: occhio destro deviato verso il lato esterno dell' orbita: vista molto offuscata: seno frontale destro alquanto più rotondeggiante che non il sinistro: risipolatosa la palpebra superiore destra con un notevole ascesso distintamente fluttuante verso il lato interno della radice della medesima; il quale ascesso validamente compresso contro la parete superiore dell' orbita svanì subitamente, stillando nel tempo stesso pus misto con sangue dal naso e dalle fauci. Divenne cosa evidente che la malattia primitiva era stata un ascesso del seno frontale e che il lavorio flogistico purulento aveva fatta una breccia alla parete orbitale superiore per cui il pus passava da quel seno nella cavità dell' orbita. Fu quindi sottoposto alla sopra descritta operazione ch' io non ridirò qui, e ciò ai 17 del mese di febbraio di dett' anno ed in presenza della Scuola. Dopo spaccato l' ascesso si riconobbe che il foro di comunicazione tra il seno frontale e la cavità dell' orbita era appena del diametro di tre o quattro linee. Con un salasso praticato nella sera del giorno dell' operazione, con il riposo e con la dieta si mitigò la riazione traumatica la quale era esordita con qualche intensità. Smarrita affatto nel quarto giorno dall' operazione la febbre traumatica, mediante blande medicazioni vedemmo in poco di tempo la palpebra

sgonfiare ; l' occhio rimettersi nel suo luogo ; la vista ritornare nel suo stato naturale ; lo stillicidio di pus dalla corrispondente narice, abbondante nei primi giorni dall' operazione ridursi in breve quasi al nulla ; la ferita esterna riunirsi per prima intenzione, salvo nel suo centro dove rimaneva un forellino appena capace della capocchia d' una spilla da cui uscivano due o tre gocce di pus nella giornata. Avrei desiderato che l' operato avess' ancora prolungata la sua stanza nella Clinica fin alla totale chiusura di quel forellino, ma , scevro egli da ogni incomodo ed incalzato da urgenti affari di famiglia , non secondò i miei desiderii e rimpatriò ai 15 di marzo cioè 27 giorni dopo l'operazione (Le notizie di questo caso sono state registrate dal Dottore Giuseppe Caresio).



CASO

Di pronta guarigione d' una ferita della mano in cui più tendini erano non solo scoperti ma per un gran tratto isolati.

Così divergenti son ancora i pensieri intorno alla terapia delle ferite con grande scopertura d' un o più tendini ed all' esito di queste ferite ch' io confido non sia per tornare disgradita l' osservazione d' una ferita che riescì ad un esito felicissimo avvegnachè fosser in essa non solo scoperti ma per un grande tratto isolati più tendini. Della quale osservazione io m' accingo a fare quì una semplice, concisa e schietta descrizione senz' alcun commento.

La contadina Anna Gallina, di San Damiano d'Asti, su i 17 anni, nubile, non ancora menstruata, nata da parenti sani, dotata di temperamento sanguigno-linfatico, d' una buona costituzione e d' un' indole aperta e vivace, non ebbe mai a soffrire malattia alcuna fin alla metà del quindicesimo anno in cui, senza l' intervento d' alcuna causa meccanica e senz' alcuna nota affezione costituzionale, s' accorse della presenza d' un tumoretto avente il volume d' un piccolo cece su la faccia dorsale del second' osso del metacarpo della mano sinistra. Il quale, dopo essere rimasto stazionario per sei mesi, cominciò a prendere per gradi incremento allargandosi su il dorso della mano verso il suo lato cubitale: per guisa che increscìosa l' ammalata, non già del dolore che giammai nè anche leggiero ebb' a soffrire, ma del peso e della difformità, ricorse all' arte e fu ricoverata nella Clinica operativa dello Spedale maggiore di San Giovanni Battista ai 24 d' ottobre 1843.

Era questo tumore resistente, senza cangiamento di colore, alquanto più voluminoso d' un grosso uovo di tacchina e come diviso in due parti quasi uguali da una depressione longitudinale e superficiale: era duro ed in alcuni punti, però bene circoscritti, questa durezza sembrava ossea: non presentavasi però uniformemente duro ma in alcuni luoghi era anche molleggiante: aderiva più specialmente al second' osso del metacarpo, mentre il rimanente della sua base che allargavasi fin al quarto, stava mollemente unito alle parti sottoposte: lasciava libero il moto de' diti: pigiato anche con forza, non doleva: alquanto varicose offrivansi le vene che scorrevano sotto la pelle da cui era coperto. Que' caratteri anatomici e fisiologici escludevano l' idea ch' esso appartenesse ai tumori sanguigni od erettili: la mancanza del dolore, il suo rapido incremento, l' essere in parte molleggiante vietavano d' attribuirlo ai scirrosi: come questo stesso rapido incremento e l' essere radicato ad un ossso vietavano di crederlo lipomatoso o cistico a spesse e duplicate pareti, siccome giudicò l' egregio Dottore RATTIER nell' occasione in cui, essendo costà di passaggio, vide l' ammalata in discorso.

A me parve, e l'ho dichiarato in presenza di tutta la Scuola, che, in grazia de' suoi caratteri anatomici e fisiologici sopra citati, fosse quel tumore d' indole mista lardaceo-fibrosa con alcune striscie fungose ed aderente con un pedicciuolo fibroso al second' osso del metacàrpo.

Tant' è, tant' è: non avendo l' arte alcun altro mezzo di guarigione fuorchè la recisione, fu questa eseguita ai 10 del mese di novembre del citato anno in presenza della Scuola. Fatta un' incisione composta elittica su il corpo del tumore, lunga quanto il dorso della mano e diretta secondo l' asse di questa, ho potuto non senza qualche difficoltà dissecare il tumore in giro e nella sua base per cui era a così stretto contatto co' tendini che vedevasi nella medesima la loro impronta. I medesimi tendini furono privati in quella dissecazione della lamina cellulo-fibrosa che li copriva. Riconobbesi che il tumore era radicato per uno stretto pedicciuolo al periostio della faccia dorsale

ed in parte anche del lato cubitale del secoud' osso del metacarpo. Levato il tumore, rimasero scoperti in quasi tutta la lunghezza del dorso della mano cioè per quattro buoni diti trasversi i tendini estensori del 2.°, 3° e 4° dito, de' quali i due ultimi erano coperti ed il primo spinto internamente dal medesimo tumore. Nè solo scoperti rimasero i tendini estensori del 2° e 3° dito, ma pur anche isolati tutt' intorno, così che si poteva facilmente fare scorrer il dito fra essi ed il dorso della mano ed alzarli. In questo stato di cose fece l' operata più volte movimenti di flessione e d' estensione de' diti, ma si provava ad ogni volta una dispiacevole impressione nel vedere que' tendini moversi così a nudo e così liberamente. Nel luogo in cui il tumore aderiva pel suo pedicciuolo era il periostio alquanto disuguale e rilevato, ma su il timore di carie consecutiva vinse in me l' opinione di non levarlo via e di non raschiare la corteccia dell' osso, com' in tali o somiglianti casi fu per alcuni consigliato. Dopo l' operazione s' esaminò bene il tumore stato estirpato tagliandolo in più strati e quest' esame confermò in ogni punto la preventiva sopra citata diagnosi, avend' esso presentato una tessitura lardacea intersecata da numerose striscie fibrose bianche, irradiantisi dal pedicciuolo verso la periferia e lardellata da altre striscie fungose, specialmente nella periferia del pedicciuolo.

Siccome dalla ferita stillava, a guisa di gemizio, sangue derivante da piccoli vasi, così, nell' intenzione in cui s' era di tentar una riunione immediata, si prese il partito d' avvicinare i margini della ferita e di far un' opportuna compressione con un batuffolo di filaccica sin alla totale cessazione dell' emorragia: il che esigette tre quarti d' ora circa. Cessata l' emorragia e bene mondata da ogni reliquia di grumi sanguigni la ferita, si ridussero i suoi margini a mutuo combaciamento e si mantennero così combaciati con listerelle emplastiche e con appropriato bendaggio. Mite fu la riazione traumatica e la riunione de' margini della ferita ebbe luogo quasi per *prima intenzione*: di guisa che quindici giorni dopo l' operazione totale era la ci–

catrice. Per impedire poi che i tendini non rimanessero cementati con le nuove connessioni e che per lunga inerzia non irrigidissero, si prese allora il partito di far eseguire più volte fra il giorno movimenti moderati alla parte operata: la quale cosa riescì di tanto utile che venti giorni appresso cioè quaranta giorni circa dall' operazione, l' operata fu in grado di rimpatriare avendo acquistato il perfetto uso della parte, come se questa non avesse sofferto mai alcun male, nè fosse stata assoggettata ad operazione di sorta. E questo stato d' assoluta guarigione continua tuttora, com' ebbi l' opportunità di sincerarmi, sono pochi giorni, con l' occasione che l' operata venne da me (Le circostanze relative a questa fattispecie furono notate dal Dottore Pasquino) (A). (Estratto dal *Giornale delle Scienze Mediche*, anno 1844).

(A) La sopra nominata Anna Gallina essendo di poi stata per lo spazio di quattr'anni al servizio della mia propria casa in qualità di fantesca, ebbi irrefragabili prove della sua definitiva e perfetta guarigione.



CASO

Di totale e felice recisione dell'uretra in una donna con alcuni precetti intorno a cotesta nuova operazione (1).

Nell' adunanza dell' Accademia Medico-Chirurgica dei 7 di giugno p. p. io faceva una concisa narrazione d' un' operazione affatto nuova ne' fasti dell' Arte cioè della *recisione* dell' *uretra intiera*, stata per me praticata sette giorni prima in una Signora. Toglieva in pari tempo il grato assunto di dar un minuto ragguaglio, non meno dell' evento di quell' operazione, che del male che l' addomandò; del modo con cui fu eseguita;

(1) *Non ho letto che altri abbia descritta quest' operazione. Non perciò essendo cosa impossibile tenere d' occhio tutti gli scritti che si stampano nell' universo mondo, così se per avventura in alcuno di questi fosse già di ciò fatta menzione, io, gratissimo a chi sarà per rendermene avvisato, prendo fin d' ora l' assunto di rendere il proprio ad altrui, giacchè nel mio capo l' idea dell' utile comune e del progresso della Scienza e dell' Arte occupa il primissimo e quella di priorità d' invenzione l' ultimissimo luogo.*

delle preventive probabilità che, nel silenzio della sperienza delle età che furono e degl' oracoli dell' Arte, s'avevano di buon successo; degl' impreveduti pericoli occorsi nello stesso imprendimento operativo ; del modo con cui furono scongiurati ed in ultimo della modificazione per me ideata al fine di sempre e così sicuramente antivenire d' or innanzi que' pericoli che la siffatta operazione rimanga oltre ad ogni dire semplificata e possa, s' io grossamente non m' inganno, prender una sede fissa ed inamovibile fra le utili operazioni d' alta Chirurgia. Scendiamo subito ed innanzi tutto ad adombrare i particolari del fatto.

La Signora V., di temperamento misto sanguigno-linfatico-nervoso, su i 58 anni, di corporatura piuttosto sottile ma forte, pregiatissima, non meno pei suoi modi costumati ed aggraziati, che per la bontà del suo animo, nata da parenti sani, stata nella bassa età molestata da *esania*, abitualmente stitica, andò soggetta dall' età di dieci sin a venticinque anni alle buganze a cui s' associò su gl' undici anni uno scolo sanguigno dai genitali, stato conseguitato da uno spurgamento continuo, bianco, inodoro e piuttosto abbondante sin ai 17 anni in cui fu per la prima volta menstruata. Durò regolare la menstruazione sin ai 48 anni ed in tutto quel lungo intervallo di tempo la testè detta leucorrea fu continua ma molto più scarsa di prima, salvo che nei giorni che precedevan ed in quelli che conseguitavano la menstruazione, in cui era, come per solito succede in tali o somiglianti congiunture, più abbondante dell' ordinario. Fu al primo comparire della leucorrea cioè su gl' undici anni visitata da un Dottore il quale riconobbe già fin d' allora nel meato orinario un piccolo tumore indolente *ad sensum* ed alcun poco doloroso *ad tactum*. L' ammalata anzi dice quasi positivamente ch' ella era tocca di quel male sino dai primi anni della sua esistenza. Crebbe il tumore poco a poco sin al tempo in cui principiò la menstruazione cioè sin ai 17 anni e poi si mantenne o per lo meno è paruto all' ammalata che siasi mantenuto stazionario sin al termine di questa funzione cioè sin ai 48 anni. Conviene però credere che su i 26 anni fosse desso già d' un

tal quale volume giacchè, essendosi trattato di matrimonio e temuto un qualche impedimento, fu consultata un'altra persona dell'Arte che ordinò una polvere nerastra e caustica la quale, tre volte applicata su il tumore secondo il prescritto, fu tosto abbandonata pei gravi dolori che destò, non compensati da alcun vantaggio. Passata frattanto a marito su i 27 anni, la Signora V. ebbe una gravidanza sola e felice alla quale tenne però dietro un parto difficile ed un puerperio assai lungo per cui le fu vietato l' allattamento. Piuttosto doloroso prima del parto, il coito fu di poi più facilmente sostenuto e, non appena cessati i menstrui, diventò di nuovo dolorosetto. Al che essendosi verso il quarantesimo ottavo anno aggiunti altri incomoduzzi, chiamò il parere d' un Dottore il quale avendo fatto poco caso di quegl' incomoduzzi e del tumore, si risolse ella di tirar avanti per dieci lunghi anni senza più badarvi, però non senza soffrire molti e gravi incomodi, com' un continuo e molesto senso quasi di *riempitura* per entro alle parti genitali esterne; frequente stimolo d' orinare e di *defecare;* notevole incremento dell' abituale stitichezza che l' obbligava alle volte a violenti e dolorosi sforzi per *defecare*, talvolta seguiti dalla ricomparsa dell' *esonia* sofferta nella bassa età; ricorrenti dolori vaghi nell' addomine; leucorrea più abbondante di quando duravan i menstrui; qualche rara volta un piccolo stillicidio di sangue nerastro dalla vagina, associato a frequenti dolori lancinanti nel tumore e nel clitoride. Però questo stillicidio e questi dolori erano soltanto occorsi da cinque mesi cioè verso il fine dell' anno 1843 ed il principio del 1844. Su lo scorcio poi del mese di febbraio del volgente anno ai fin qui nominati patimenti s' aggiunse tutt' ad un tratto l' *iscuria*. Il Dottore che fu chiamato a soccorrere la Signora V. in così arduo frangente incontrò molta difficoltà nel praticare il cateterismo e la consigliò a sottoporsi alla recisione del tumore. Fu ella sorda a quel consiglio. Ma intanto, ripetendosi gl' insulti d' iscuria ad intervalli sempre più brevi ed incalzando ognora più fieri i dolori senza che nulla valesse a disacerbarli per cui la vita le era

diventata a rincrescimento, risolse ella su i primi giorni di maggio del volgente anno d' affidarsi alle mie cure essendo nelle seguenti condizioni di cose. *Stato generale.* Vistosa macilenza: colore interriato del volto: sguardo languente: animo scoraggiato e presago d' un fatale avvenire: febbretta a giorni ed ore irregolari, ora con, ora senza freddore: notti insonni: disappetenza: digestioni difficili: grande stitichezza: lingua rossiccia: a quando a quando sete. *Stato locale.* Uretra alquanto sporgente innanzi fra i grandi labbri ed ingrossata a segno che potevasi a mala pena introdur il dito indice nella vagina: la sua parete vaginale era ipertrofica ma non calterita: una morbosa escrescenza carnosa, dura, di colore rossigno, quà e là spruzzolata di macchie nerastre, del volume d' un avellana ed abbarbicata al contorno interno ed inferiore del meato orinario alzavasi più linee oltre al piano di questo: notevole difficoltà nel fare passare il catetere attraverso di quella escrescenza la quale era piuttosto dolorosa al tatto: stentata, difficile, dolorosa l' espulsione dell' orina: frequenti dolori lancinanti nel tumore, nel pettignone e nel clitoride, refrattarii all' applicazione di mille rimedii mollitivi, torpenti, corroboranti, stati suggeriti dall' Arte e dall' empirismo: orina avente una posatura più o men abbondante, sempre torba, alle volte nerastra: scolo vaginale ora più ora meno abbondante ma da qualche tempo un cotale poco fetente: evidentemente impigliato nel male il corpo cavernoso destro del clitoride: dispiegate, per la grande distesa trasversale del tumore, le piccole ninfe ed al medesimo ben assettate: nissun vano superstite su i lati tra il tumore ed i rami ischio-pubici: nell' inguine sinistro due piccole ghiandole dure, mobili, di forma allungata, collocate a poca distanza l' una dall' altra, raramente dolenti e del volume una d' una fava e l' altra d' una grossa avellana.

Evidentemente non eravi in questo caso alcun' altra indicazione da seguire fuorchè quella della recisione di tutta la parte ammalata. E benchè non avessi incontrato ne' codici dell' Arte alcun simile caso che potesse essermi di guida, non mi volle

tuttavia molto per vedere che per se pericolosa non poteva essere la recisione d' una parte del clitoride, delle piccole ninfe e dell' uretra intiera. Quante donne non hanno senza pericolo della vita perduta l' uretra intiera od in massima parte in seguito ad un parto difficile? Una grande differenza passa però tra la recisione instantanea dell' uretra e la sua caduta totale o quasi per cancrena o per ulcerazione consecutiva ad un parto difficile; perocchè nel primo caso l' orina uscendo dalla vescica può infiltrarsi ne' vani aperti del tessuto celluloso circostante, dovechè nell' ultimo cotest' infiltrazione non è a temersi, impedita qual è dalla mutua aderenza delle cellette del tessuto celluloso per la preceduta flogosi *eliminatrice*. Se non che il non succeder infiltrazione in quel tessuto celluloso praticando la cistotomia nella donna secondo il metodo di Lisfranc che consiste nel dividere l' uretra superiormente ed il corpo della vescica traversalmente o longitudinalmente, era per me una bastevole malleveria contro il mentovato accidente dell' infiltrazione orinosa dopo la recisione totale dell' uretra ch' io aveva in progetto d' eseguire.

La malattia dell' uretra poteva essa dopo la sua recisione riprodursi come quella che aveva attinenza alle scirrose di loro natura cotanto proclivi alla riproduzione? Dopo quella recisione non era a temersi l' enuresi? Ecco due quistioni che dovevano offrirsi spontanee alla mia discussione. Per ragioni che tutti sanno la prima è tanto ispida di difficoltà che non poteva essere da me sciolta : a me però bastava il sapere che quì, come nei casi di scirri della mammella, il timore della riproduzione del male non poteva esser un motivo contrindicante l' operazione. In ordine alla seconda quistione il mio giudizio doveva rimanere sospeso per la ragione che con il dito introdotto nella vagina e spinto con molta stentatezza sin alla vescica io non poteva determinatamente conoscere se il collo di questa viscera fosse sì o no dalla contaminazione dell' uretra impigliato. Con tutto ciò non era contrindicata l' operazione. Solamente nel primo caso io prevedeva che l' *enuresi permanente* sarebbe stata la sequela

dell' operazione, mentre nel secondo doveva succedere che dopo l' operazione e dopo la guarigione l' orina sarebbe uscita da una sede più alta nella vagina che non la naturale ; il quale inconveniente sarebbe stato ben poco di cosa. Vedremo più sotto come la natura sa illudere le previsioni umane.

Nè l' abituale posatura dell' orina poteva aversi quale motivo contrindicante l' operazione, giacchè eravi grandissima probabilità ch' essa movesse dall' irritazione che il perenne fomite organico-flogistico dell' uretra irradiava su per l' apparato uropojetico, anzichè da vera diffusione del vizio organico dell'uretra.

Le tumide ghiandole dell' inguine non dovevano neppure fare ristare dall' operare poichè l' esser esse piccole, mobili, dolenti al tatto e comparse da non gran tempo mi rendeva inclinato a credere che fossero consensuali e che perciò avessero dopo l'operazione a svanire senz' altro. In evento contrario il levarle via più tardi non sarebbe poi stata la cosa così ardua.

Avuto riguardo al mediocre lume de' vasi che si distribuiscono al clitoride, alle piccole ninfe, all' uretra ed in genere alla linea mediana della regione pubica, ho creduto che moderata sarebbe stata l' emorragia e facile a ristagnare. Ma rimasi in ciò impaniato, come si vedrà più innanzi, in un inganno che poco mancò non fosse fatal all' operata, e l' inganno mio da ciò appunto derivò ch' io non aveva fatta la parte della maggiore attività di circolo e dell' innaturale evoluzione dei vasi che avevano dovuto di necessità conseguitare una malattia di morbosa vegetazione che durava da un mezzo secolo.

Tant' è : avendo la Signora ammalata accettato il partito del rimedio estremo a malgrado che le avessi manifestato il dubbio della riproduzione del male e la possibilità d' un' enuresi consecutiva, fu l' operazione praticata ai 2 di giugno p. p. in presenza dei Dottori Luigi Gallo, Chirurgo Ordinario dello Spedale di San Giovanni Battista, Bernardi e Santanera. Collocata l' ammalata su la sponda del letto ed appoggiata su i gomiti e su i ginocchi con la faccia posteriore dell' estremità inferiore del tronco rivolta in su, io ho con un gammautte retto isolato

il tumore a destra ed a sinistra mediante due incisioni successive, fatte di dentro in fuori, le quali s' estendevano dai lati del collo della vescica sin ai lati del meato orinario. Queste due incisioni furon il solo atto operativo in cui mi fu di guida l'occhio ; perciocchè tra per la precipitosa uscita del sangue e tra per il contorcersi dell'ammalata m' è toccato eseguire tutti gli successivi atti operativi, diretti ad isolare il tumore, con il gammautte guidato dal solo dito indice. A cagione di quest' avere dovuto operar a tastone, aggiuntavi la circostanza dell' estensione laterale del tumore, maggiore di quanto apparisse prima e quella del suo rivolgersi un tale poco dietro l' arcata del pube, evento che non poteva prevedersi, l'operazione riescì piuttosto protratta e dolorosa ma non superior alla comportazione dell' operata la quale fece prova di rara fortezza d' animo. Il momento in cui il tumore, isolato tutt' intorno, rimaneva soltanto continuo con il collo della vescica, fu il più difficile e pericoloso per ciò che l' operata era molto spossata dalla già succeduta emorragia oltre ad ogni previsione copiosa ed il sangue continuava tuttora ad uscire dilagatamente a malgrado d' una continua e voluminosa corrente d' acqua ghiacciata mandata per entro la vagina. Quale fiducia potevasi riporre nella legatura e nella cauterizzazione contro un' emorragia derivante da vasi così profondamente collocati ed in mezzo a tanto garbuglio di cose ? Più semplice e forse più sicuro offrivasi il partito di recidere l' uretra malata dal collo della vescica, poi d' introdurre un catetere metallico in quella viscera e poi di praticare una valida *riempitura* della vagina per ristagnare l'emorragia. Se non che anche quì eravi la difficoltà d' imboccare in tanto buio di cose con il catetere quel tronconcello d' uretra che doveva non essere rimasto più lungo d' una linea ad una linea e mezzo. E nell' evento che non si fosse potuto imboccare chi non vede che la *riempitura* sarebbe stata contrindicata, giacchè sarebbesi con la medesima turata la vagina ed impedita l' uscita dell' orina con probabile stravasamento di questa nel tessuto celluloso vicino ? Non per questo, incalzato dalla pressante ed imperiosa

congiuntura io abbracciai quest' ultimo partito e bene me n' incolse, poichè, non appena recisa la parte malata, mi venne fatto d' imboccare con il catetere metallico su la guida del dito indice quell' avanzaticcio di moncherino d' uretra e poi di ristagnare il sangue con la *riempitura.* Sia quì lecita una digressioncella per dire come quest' accidente si sarebbe con tutta facilità preoccupato se mi fosse andata per l' animo l'idea d'una grave emorragia e preoccupato con un mezzo facile e sicuro il quale, non appena ultimata l' operazione, mi s' affacciò spontaneo alla mente e renderà d' or innanzi semplice e sicura da ogni pericolo d' emorragia l' operazione in discorso, risparmiando ai Pratici che la eseguiranno le difficoltà in cui io ruppi. Il mezzo è questo. Abbia il Pratico in pronto un ordinario catetere da donna alquanto solcato in una delle sue faccie, poco importa quale. Una volta isolata l' uretra malata in giro, introduca egli il catetere in vescica. Poi, afferrati nel tempo stesso e bene fissati il catetere e l' uretra, faccia scorrere su il solco del medesimo un gammautte retto dividendo l' uretra sin al di là della sua parte contaminata che è contermina alla vescica. Consegnato allora il catetere ad un Assistente, l' Operatore prenda con la mano sinistra l' uretra spaccata, libera dal catetere e pendente nella vagina, e con il gammautte tenuto dalla mano destra la recida d' un tratto su i confini della parte sana con l' affetta. Chi non vede la facilità di ciò eseguire? E chi non vede parimente che in questa guisa, non tosto recisa l' uretra affetta, il catetere che è in vescica destinato a portare fuori del corpo l' orina, permette al Pratico di fare subito una valida riempitura capace d'arrestare immediatamente quanto sicuramente qualunque emorragia?

Ritornando or alla primiera narrazione io dico che la porzione d' uretra stata recisa è della lunghezza di tredici linee, il che equivale quasi a dire che è stata recisa del tutto, sapendosi come la lunghezza di quel canale sia nella donna dalle 12 alle 14 linee. Vedesi nel meato orinario la sopra menzionata sostanza fungo-coriacea, aggettata più di tre linee. La mucosa è iper-

trofica con le sue naturali piegature più rilevate e le lacune più ampie e più scavate. Il tessuto retro-mucoso, oltre all' offrire una degenerazione scirro-lardacea, è spesso più d' otto linee tutt' intorno all' uretra a cui serve di fodero. La sua morbosa spessezza è però maggiore dal lato della vagina che non dal lato dell' arcata del pube. Il tumore presenta da quest' ultimo lato una superficie cellulosa e dal primo una superficie mucosa dalle piegature ipertrofiche e molto rilevate, la quale appartiene alla parete superiore della vagina, stata levata via insieme con il tumore fino su i limiti della falda vagino-uterina. Si conserva questo pezzo nel Gabinetto Patologico di questa Regia Università.

Ora poi s' io avessi a fare la narrazione giorno per giorno delle fasi che l' ammalata offerse dopo l' operazione, verrei forse a comporre un volume in cui parlerei di cose comunali ed a tutti note. Io non dico perciò che la febbre traumatica fu piuttosto moderata. Non dico che fuvvi una grave minaccia di cisto-peritonitide, stata scongiurata dall' applicazione di vesciche piene di ghiaccio bene tritato su la regione pubica ed ipogastrica, e ciò per lo spazio di quindici giorni circa. Non dico i varii accessi isterici più o meno gravi, occorsi in varii tempi dopo l' operazione e contro a cui furono di suffragio più o meno pronto i soliti mezzi antispasmodici. Non dico altresì che si provvide sempre all' abituale stitichezza con clisteri o con eccoprotici e più ancora con questi che con quelli. Non dico pur i cociori e le escoriazioni locali, state generate dalla pressione delle bende, da quella de' mezzi di riempitura, dal passaggio ed in alcune sedi anche dalla soffermata dell' orina; accidenti tutti com' inevitabili in somiglianti emergenze ed in se di poco rilievo e di nissun seguito. Non dico in fine la rigorosa dieta a cui l'operata fu condannata nei primi tempi dall' operazione. Se però credo essere dispensato dal dire di queste e d' altrettali cose a tutti note o da tutti presupposte, stimo però indispensabile che, per soddisfazione della giusta curiosità del Lettore e pel necessario compimento della presente fattispecie, io narri l' operata essere

stata nel decimosecondo giorno dall' operazione liberata dal catetere e dalla riempitura; da quel momento essere con prontezza svanite la molesta irritazione e le escoriazioni e le parziali tumidezze edematose della *località*, nate queste dalla pressione, e ciò con grande sollievo dell' operata; lo stillicidio dell' orina essere stato nei primi venti giorni dall' operazione involontario e poi essere poco a poco diventato di bel nuovo volontario, come lo è presentemente; dopo la levata del catetere e della riempitura essersi toccata con il dito introdotto nella vagina una specie di valvula triangolare, sottile in punta, di base spessetta e pendente nella vagina, la quale s' interponeva a guisa di tramezzo tra il collo dell' utero e l' apertura della vescica e risultava da un avanzo della naturale falda vagino-uterina; a mano a mano che la ferita cicatrizzava questa valvula essere stata, per ammiranda ed oltrepossente forza della natura, tirata in su nella sede naturale dell' uretra; essersi in questa sede resa aderente riformando, com' a dire, una nuova uretra, e ciò tanto avanti verso il piano delle parti genitali esterne che il nuovo *meato orinario*, s'è lecito chiamarlo così, incontrasi con il dito da due a tre linee appena più avvallato del piano naturale; per la salita ed aderenza della valvula pur ora nominata il collo della vescica ed i segmenti vescicali adiacenti, in prima liberi e mobili per entro la pelvi, avere di poi riacquistata la primiera fissità all' arcata del pube; essere dal ramo osseo ischio-pubico destro che, per l'estrema vicinanza del male, era stato nell' atto operativo denudato per un piccolo tratto del suo periostio, vegetate carni di buona natura le quali servirono di base ad una solida cicatrice, senzachè siane conseguitata la temuta carie; delle sopra mentovate ghiandole inguinali le une essere svanite del tutto e le altre appicinite e rimaste indolenti; esser in somma all' operata ritornata la primiera forza, carnagione e vivacità, e solo sopravanzar un poco di stitichezza ed alcuni passeggieri e rari doloruzzi pungitivi che sembrano movere dal clitoride. Saravvi più o meno presto riproduzione del male primitivo? Chi lo sa? Ma anche nell' i-

potesi che si riproduca, ciò non toglie che da questa fattispecie rimanga provato ed incontrastabilmente provato che, non che una porzione dell' uretra, tutta l' uretra femminina può essere recisa senza gravi inconvenienti e pericoli o, a meglio dire, senz' inconvenienti e pericoli maggiori di quelli che accompagnano le grandi operazioni di Chirurgia, fra cui, se troppo io non m' inganno, è dessa destinata a prender una distinta sede, e ciò soprattutto seguendo la formola operativa per me ideata e modificata, e ch' io amo qui riprodurre come conchiusione corollaria della presente fattispecie. « Collocata la donna » su la sponda del letto ed appoggiata su i gomiti e su i gi- » nocchi, l' Operatore, afferrata con un uncino l' uretra, la » isola con due incisioni parallele al suo corso e fatte di dentro » in fuori con un gammautte retto: di poi con lo stesso gammautte » tenuto da una mano egli con la guida del dito indice del- » l' altra distacca tutt' intorno l' uretra dalle sue connessioni » all' arcata del pube, ai rami ischio-pubici e ad altre parti » molli circostanti, rendendola così pendente nella vagina ed » aderente al solo collo della vescica : dopo ciò introduce egli » un catetere metallico leggiermente solcato in una delle sue » facce nella vescica e, fatto scorrer un gammautte retto in » questa solcatura, divide l' uretra per tutta la sua lunghezza » sin oltre ai confini del male; poi, consegnato il catetere ad » un Assistente con il precetto di mantenerlo fisso nella vescica, » prend' egli con una mano l' uretra malata spaccata e pen- » dente, la tira a se, riconosce ben ancor una volta i confini » del male e poi con un gammautte o con forbici tenute dal- » l' altra mano scioglie la sua continuità con il collo della ve- » scica ed applica immediatamente l' animo a far un' esatta » riempitura onde ristagnare l' emorragia » (Estratto dal *Giornale delle Scienze Mediche*, anno 1844) (A).

(A) Il sospetto ch' io aveva della rigenerazione del male s' è pur troppo verificato. La riproduzione ebbe luogo nella parte operata, poi successivamente nelle ghiandole inguinali, nelle ileo-lombari ed in

mezzo a patimenti insoffribili tolse di vita l' ammalata due anni circa dopo l' operazione. Ciò nulla toglie però al valore della medesima. L' amputazione delle mamme è forse dai Pratici messa in non cale perchè le più delle malattie di cotesti organi che la richiedono , si riproducono ? Non vieta ciò che si possa considerare la recisione totale dell' uretra della donna com' un mezzo di compiuta guarigione nelle malattie organiche di cotesto condotto non passive di rigenerazione.



VOLUMINOSO

TUMOR ERETTILE DEL COLLO

stato guarito

con l' iniezione di vino aromatico.

In una seduta del secondo Congresso Scientifico tenuto in questa Capitale nell' anno 1840 io ho parlato degl' utili effetti delle iniezioni di vino contro i tumori erettili o *nei materni*. Dichiarava allora che appoggiato alla sperienza io preferiva, pei loro più sicuri effetti, le iniezioni di vino a quelle d' una debole soluzione di nitrato d' argento, di muriato di soda, di solfato di rame, d' idriodato di potassa, di cloruro di calce, di solfato d' allumina, d' acque minerali solforose, ecc. Diceva che, essend' il tumore voluminoso, le iniezioni hanno a ripetersi sopra diverse sedi ed a qualche distanza di tempo. Diceva pure le iniezioni offrir il vantaggio di guarire con poco dolore e senza la formazione di cicatrici: il loro precipuo inconveniente essere la lunghezza della cura: doversi perciò antepor i caustici, la legatura, la recisione ogni volta che il tumore è di base larga e questi mezzi possono salvamente trarsi in uso senza che rimanga deformità od imperfezione negl' usi della parte operata: doversi all' incontro preferire l' iniezione quando hannosi a te-

mere queste sequele, come nel caso di tumori erettili delle palpebre, de' dintorni de' punti lagrimali, dei labbri a tutta spessezza e per un gran tratto (A): per le iniezioni più o meno presto turgere il tumor erettile, infiammarsi, indurarsi, smetter in poco tempo il suo colore paonazzo o rosso cremisi, mostrarsi in una parola compreso da un vero flemmone poco do-

(A) Più volte ho adoperate con profitto le iniezioni ne' tumori erettili de' labbri a tutta sostanza. Però in somiglianti congiunture la legatura ha resi ad alcuni miei ammalati servizii ugualmente utili che le iniezioni e più spediti. Cito tra gl' altri casi il seguente desunto da un' osservazione stata compilata dal Dottore Scazzola, già Allievo della Clinica ed ora Medico militare di Battaglione. Ai 4 di dicembre 1845 fu nella Clinica operativa ricoverata Anna Peretto, di Moncucco, di mesi sei, tocca di tumor erettile del volume d' una mediocre noce occupante la metà destra del labbro superiore e molto sporgente tanto dal lato della pelle, quanto da quello della mucosa. Ai 6 del detto mese di dicembre cioè due giorni dopo l' accettazione fu fatta l' allacciatura della parte interna del tumore con l' aiuto di due uncini, siccome sarà detto più sotto in un' annotazione posta appiè di questa piccola memoria. Ottenuta in diciassette giorni la cicatrice della soluzione di continuità superstite alla caduta de' tessuti stati dal laccio strozzati, si legò pure nel medesimo modo l' estremità esterna del tumore di cui si conseguì altresì la guarigione nello spazio di diciannove giorni, così che ai 10 di gennaio la madre di questa piccola operata fu in grado di questa ricondurre nel seno della famiglia. Ciò poi che è particolarmente notevole in cotest' operazione è, che i tessuti intermedii del labbro, pur essi affetti da degenerazione erettile risanarono per il solo effetto dell' infiammazione destata dalla doppia legatura da cui non eran stati compresi. Un altro caso al fin qui narrato molto somigliante fu pure curato nella Clinica nell' anno scolastico prossimamente passato e la Scuola ebb' occasione d' ammirare come con quella doppia legatura cioè una interna dalla parte della mucosa e l' altra esterna dal lato della pelle sia prontamente guarito un tumor erettile piuttosto voluminoso, avente sede nella metà sinistra del labbro inferiore d'una bimba di due anni, senza che siano stati neppure qui dalla legatura compresi i tessuti intermedii del labbro che erano com' a dir il centro della degenerazione erettile.

loroso il quale svanisce poi per gradi, ritornando bel bello il colore della cute, non però mai come nello stato naturale: poter il Pratico, dopo ch' è accaduto quel cangiamento nel tumore, essere certo che cessa esso dall' essere progressivo, perdendo nel tempo stesso la sua disposizione spongiosa o cellulo-vascolare che è uno de' suoi principali caratteri anatomici: la flogosi artificiale trascender alle volte i limiti dell' adesiva ed essere conseguitata da ulcerazione la quale ritarda, ma non vieta la guarigione: esservi analogia nel modo di guarire l' idrocele ed i tumori erettili: in alcuni tumori erettili voluminosi avere io alle volte provata utile la coalizione di più mezzi, come la legatura parziale, le iniezioni, i caustici, ecc.

Avendo da quel tempo più volte rinnovati i tentativi dell' iniezione vinosa di tumori erettili, io fui di più in più confermato nelle idee pur or espresse. Ebbi anzi, non è gran tempo, da curare nella Clinica con la iniezione vinosa un tumore erettile il quale, pel suo volume, per la sua sede, per la prontezza con cui risanò, per la pochezza e per l' indole del rimedio, è notevole, veramente notevole, anzi tanto notevole che io dichiaro avere dovuto con mia grandissima sorpresa ammirare nell' arte una potenza bene superiore all' idea che me n' aveva fatta. Ed ho nel tempo stesso pure dovuto modificare la mia opinione su il conto delle iniezioni di vino nella malattia di cui si tratta. Il caso di quel tumore è il seguente:

La contadina Maria Cedrino, moglie a Maurizio Milanesio, del contado di Bra, donna su i 46 anni, aitante della persona, bene tarchiata, rossa in volto, dotata di temperamento sanguigno, di costituzione robusta, d' abito cardio-capitale, nata da parenti sani, non stata mai ammalata, ancora menstruata e regolarmente, otto volte madre e sempre con felicissimi parti e con felicissimi puerperii, presentavasi su il principio del p. p. mese di marzo alla Clinica al fine d' essere curata da un tumore collocato nella regione laterale destra del collo. Era desso della grossezza d' un uovo di tacchina, non dolente, molle, elastico, non pulsante, senza cangiamento di colore nella pelle, di base

larga che si perdeva fra i muscoli ed i grossi vasi di quella regione. Con un uniforme e graduata pressione svaniva del tutto sotto la pelle rimanendo alcune piccole ed isolate elevatezze molli fra i muscoli e specialmente dietro lo sterno-cleido-mastoideo. Tolta la pressione, ricompariva per gradi. Narrava la Cedrino essersi quel tumore manifestato da tre anni assai piccolo e di lento incremento : in vent' otto mesi aver appena toccato il volume d' una noce :· pure desiderand' ella esserne liberata, meno per l' incomodo che le recasse o pel timore che potesse diventare malattia grave, quanto per togliersi quella deformità, aver avuto ricorso, ormai otto mesi, ad un Medicastro avente nome in quella contrada di perito nella cura di siffatti tumori mediante alcuni suoi arcani mezzi (!) : avere questi perforato il tumore con un punteruolo in legno assai duro ed acuminato : acerbo esserne stato il dolor ed aver avuto luogo una profusa emorragia che il cauterio attuale in fine ristagnò : da quel momento aver il tumore preso un così rapido aumento che in otto mesi crebbe cinque o sei volte più che non nei ventisei prima trascorsi : da alcune settimane per ultimo essere sopraggiunti dolori, prodotti o dalla pressione o dalla tensione de'tessuti circostanti. Dai caratteri anatomici sopra indicati risultava chiaramente trattarsi qui d'un voluminoso *tumor erettile* accidentale, in parte *sottocutaneo* ed in parte *intermuscolare*. Ma pur troppo male collimavano qui la terapia e la diagnosi : certezza in questa, peritanza in quella. Quali potevan esser i mezzi più acconci a vincerlo ? Qui principiavano le difficoltà. La sede del tumore escludeva la *pressione*. L' esser esso sottocutaneo ed *intermuscolare* escludeva la *vaccinazione* ed altri mezzi operanti su la sola pelle. La sua sede ed ampiezza escludevan i caustici. Per la sua profondità la *recisione* dovevasi considerare, se non come impossibile, audace certo e di dubbioso esito. I male noti suoi profondi confini escludevano la *legatura*, il setone, l' agopuntura. In somma vedendo ovunque incertezza io m' appigliai al partito dell' iniezione di vino che praticai con lo schizzatoio dell' ANEL ai 13 del mese di marzo p. p., e ciò in presenza

della Scuola e del D. Pirondi padre il quale da lunghi anni esercc con generale soddisfazione l' arte nel mezzodì della Francia. Semplice ne fu il meccanismo. Circoscritta la base del tumore con un cerchietto in cartone, mantenuto ben assettato alla parte da un assistente, ho punto il tumore nel suo centro con un semplice ago e poi, introdotto l' apice dello schizzatoio dell'Anel in quella puntura, ho praticata l' iniezione, lasciando per alcuni minuti il liquido iniettato nel tumore e quindi cacciandolo in parte con blande pressioni fatte in giro. L' introduzione dello schizzatoio dell' Anel nella puntura del tumore offrendo alle volte alcune difficoltà, io ho in animo d' operare d' or innanzi con quello schizzatoio conformato a modo d' ago, internamente cavo ed aperto a qualche distanza dalla sua punta (A). Prima d' eseguire l' iniezione m' accorsi che il vino stato preparato non era *semplice*, ma *aromatico*. Stetti in pensiero s'avessi da farne uso, ma mi sono risoluto per l' affermativa su il riflesso che m'era più sovente avvenuto di veder una troppo debole anzichè troppo forte riazione dopo l' iniezione di vino semplice. Subito dopo l' operazione il tumore rimase bene circoscritto e così teso e duro che nulla più. Così pronto fu cotest' effetto che pareva non potersi tutto derivare dalla turgenza dell' interno del tumore, ma in parte anche da stravenamento di sangue. Furon applicate su la parte operata vesciche piene di ghiaccio pesto. Nel giorno dell' operazione e nel consecutivo il tumore si rese dolente, s' intumidirono pur alquanto le parti circostanti ed occorse una febbre traumatica piuttosto viva, per cui il Chirurgo Assistente fece praticare due salassi. Con l' uso delle vesciche piene di ghiaccio e con la dieta rigorosa il medesimo tumore già diminuiva nel terzo giorno di volume e diminuì più e più nei successivi: per modo che nel diciassettesimo era ridotto al volume d'un cece indurato e permetteva all'ammalata di rimpatriare (B).

(A) D' allora in poi mi sono sempre servito di quella maniera di schizzatoio modificato con il quale si consiegue con tanta prontezza e facilità l' intento che nulla più.

(B) Ebbi un anno appresso occasione di vedere l' operata in perfetto stato di sanità.

Da questo fatto discendono spontanee le seguenti deduzioni :

1.º Incontrastabil è l' efficacia dell' iniezione vinosa nei tumori erettili : chi anzi considera solo quel fatto, ha bene donde chiamarla sorprendente.

2.º La sua efficacia non è limitata ai soli tumori erettili, cutanei o superficiali, ma s' estende anche ai sottocutanei e profondi : non è limitata ai soli tumori erettili del volto, ma si estende pur ai tumori erettili d' altre sedi del corpo.

3.º Sonvi anzi casi di quest' ultima specie in cui si domanderebbe in vano all' arte un mezzo cotanto spedito e cotanto innocente come lo è l' inezione, ed è ciò provato dalla descritta fattispecie.

4.º Maggior è l' efficacia dell' iniezione se s' adopera vino, entro di cui siano state bollite erbe aromatiche, come lavanda, salvia, rosmarino e simili (Il Dottore Gianola raccolse i fatti relativi a questo caso) (A). Estratto dal *Giornale delle Scienze Mediche*, anno 1844.

(A) Se la denominazione di tumori *erettili* che Dupuytren ha data ai *nei materni* per una tal quale somiglianza che gli parve scorgere tra i tessuti da cui sono formati ed alcuni tessuti erettili sani, può fin ad un segno esser accettevole ove s' abbia solamente riguardo alla loro forma, si riduce poi ad un' insussistente astrattezza se si vuol applicare al loro fondo, giacchè, tralasciate altre considerazioni, son i tessuti erettili sani cotanto, per tipo anatomico e per tendenze fisiologiche, diversi dai tessuti erettili morbosi che, mentre quelli tendono sempre a conservar illeso il loro tipo anatomico-fisiologico d' origine, questi all' opposto tendon quasi sempre all' incremento morboso ed alla degenerazione. Cotesta forzata similitudine mi fa risovvenire quella d' alcuni Fisiologi i quali, riflettendo ai cangiamenti che succedono nell'utero gravido, all'indole cotennosa del sangue delle gravide ed ai fenomeni generali della gravidanza, ed esagerando le conseguenze d' alcuni fatti relativi all' irritazione ed alla flogosi, tant' oltre, già tempo, trascesero da credere che questa presieda all' origine ed all' evoluzione del feto, dimentichi che passa tanta differenza tra la flogosi e l' arcano magisterio organico-vitale che presiede all' origine ed all' evoluzione del feto quanta ve n'è tra i loro prodotti. Ora bene, che cosa ha egli un feto di simile ai bene noti prodotti dell' infiammazione ?

Molti mezzi sono stati chiamati a soccorso contro i tumori erettili, quali sono la legatura delle arterie destinate alla nutrizione del tumore, la vaccinazione, l' agopuntura semplice o con aghi candenti, le iniezioni, i rottorii su il tumore, il setone, la compressione, gl' astringenti, la minuta lacerazione dell' interno del tumore, la recisione, i caustici e la legatura; ed in cinque modi diversi concorrono cotesti mezzi alla guarigione de' tumori erettili. Io indicherò qui brevemente questi modi e mezzi dando su i medesimi quel succinto giudizio che la brevità d'un annotazione consente.

1.° modo. Gl' uni, come la legatura delle arterie del tumore, tendon ad impedirne la nutrizione vietando l' affluenza del sangue e questi sono stati dalla sperienza unanime di tutti i Pratici dichiarati inutili, salvo ne' casi di tumori erettili della cavità dell' orbita e forse della tempia.

2.° modo. Altri, come la vaccinazione, l' agopuntura semplice o con aghi infocati, le iniezioni, i rottorii su il tumore, il setone operan inducendo un' infiammazione più o meno risentita la quale correggendo la tessitura spongiosa o cellulo-vascolare del tumore che costituisce uno de' suoi principali caratteri anatomici, riesce per solito alla risoluzione. In questo modo riconducon essi la tessitura morbosa al tipo sano senza smarrirla. La vaccinazione non è però efficace fuorchè ne' tumori erettili piccolissimi; molto circoscritta è perciò la sua sfera d' azione. Con l' agopuntura semplice praticata con più aghi, come consiglia Lallemand, non sempre s' ottiene la guarigione e quando s' ottiene, richied' essa un tempo lunghissimo: il che mi dimostraron i fatti. Nelle mie mani l'agopuntura con aghi infocati non fece bella prova di sè. In ordine alle iniezioni nulla ho da aggiungere a quanto ho sopra detto. Con i rottorii su il tumore o non si conseguisce l'intento o non si conseguisce fuorchè con una lunghissima cura. Può pressappoco dirsi lo stesso del setone, oltrachè vidi in un caso insorgere pel suo uso un' infiammazione grave che riescì nella suppurazione stata precorsa da alcune emorragie, non però di rilievo, ed in un altro caso vidi nascer una riazione costituzionale troppo più viva che non si convenisse. Altronde l' agopuntura con aghi infocati, i rottorii ed il setone non operano solamente come mezzi provocatori dell' infiammazione nell' interno del tumore, ma altresì, e non è necessario dimostrarlo, come mezzi revellenti ed evacuanti.

3.° modo. Altri, come la compressione e fin ad un segno gli astringenti tendono principalmente a *denutrire* il tumore respin-

gendone il sangue e restringendone l'alveo circolatorio. Però la compressione promovendo un sobbollimento flogistico nel tumore dispiega un' azione mista cioè in parte conforme a quella dei compensi citati nel testè detto secondo modo. Poca pochissima è l' efficacia degl' astringenti. Cooperan essi all' azione d' altri più utili compensi, ma non risanano da se soli. La compressione poi è un mezzo lungo, tedioso, molte volte non praticabile, di difficile indirizzo quand' è eseguibile e sempre d' un esito molto incerto. È quindi in poco credito presso i Pratici. La vidi però una volta, già gran tempo, così utile in una bimba ch'io non voglio tacere cotesto caso. La bimba d' un Magistrato di questa Città Capitale nacque con un tumore erettile il quale dall'interno della cavità dell' orbita destra si prolungava lunghesso il lato interno della parete superiore dell' orbita sin alla metà della fronte passando su il capo del sopracciglio e mantenendo abbassata la palpebra. I buoni effetti delle iniezioni non essend' ancora divulgati e temendo io con ragione, per la dilicatezza della parte, l' azione degl' altri mezzi efficaci allor in uso, m' appigliai al partito della compressione fatta con adatto strumento stato con ingegnos' arte formato dall' Ortopedista Pistono. Con questo mezzo rimase la bimba nel termine d' un anno e mezzo del tutto libera dal tumor erettile, e noto per incidenza che, per effetto della pressione, non solamente disparve il tumore ma s' avvallò pure esso in parte l' arco osseo sopraccigliare. Ma quest' avvallamento svanì da sè in tre mesi dopo tolta la pressione.

4.° modo. Altri, come la minuta lacerazione dell' intima tessitura del tumore con un ago da cataratta, operano distruggendone la speciale orditura e, second'alcuni, avviando di poi con l'aiuto degli astringenti e della compressione il medesimo tumore alla risoluzione. Però i fatti provanti l' utilità della lacerazione son ancora così pochi che nulla puossi di presente conchiudere su il suo valore.

5.° modo. Altri in fine, come la recisione, i caustici e la legatura, operan annichilando il tessuto morboso. Avvegnachè la recisione sia di tutti questi mezzi il più pronto, è dessa però dai Pratici postergata perchè suol essere accompagnata da emorragia: e quest' accidente è tanto più a temersi nei ragazzi i quali sono più soggetti ai tumori erettili, per la maggiore stasi di sangue succedente nei loro vasi capillari a cagione degli sforzi che fanno nell' atto operativo, aggiuntavi la poca loro tolleranza alle perdite di sangue. È ancora postergata per ciò che l'Arte possiede oggigiorno mezzi ugualmente efficaci che la recisione ed

assai meno pericolosi. Sono stato per molti fatti convinto dell' efficacia del caustico attuale e potenziale , ma traendo essi dopo di se vistose cicatrici sono poco acconci ai tumori erettili delle parti visibili del capo e dovrebbero fors' anche essere respinti come mezzi esclusivi di guarigione nei tumori erettili voluminosi , soprattutto dalla base molto larga.

La legatura è ben altrimente utile e d' un applicazione di lunghissima mano più estesa. In ventotto casi di tumori erettili per me da otto anni curati nella Clinica e nella pratica particolare ho venticinque volte con mia piena soddisfazione fatto capitale esclusivo della legatura. Si pratica , come si sa , circolare se il tumore è di base stretta ; il che è raro. Se piuttosto larga n' è la base si fa passar un ago retto o curvo munito d' un doppio filo a traverso della medesima ; poi con due estremi d' un filo si strozza una metà del tumore , è con gl' estremi del secondo filo l' altra metà. Si può in tali o somiglianti congiunture supplire quest'ultimo mezzo con il seguente: si trafora la base del tumore con due aghi in croce e poi si fa la legatura circolare sotto gl'aghi i quali servono di punto d' appoggio ai fili. In vece degl' aghi collocati in croce io sono in questi casi da lunghi anni solito servirmi di due uncini di grande curva che faccio scorrer incrociati a traverso della base del tumore e sotto i quali con il filo stringo poi circolarmente lo stesso tumore; in quella guisa che ho altrove consigliato , e si vedrà anche più innanzi , d' allacciare le emorroidi. È veramente sorprendente la facilità e la prontezza con cui mediante gl' uncini si compie l' operazione. Balza vie meglio all' occhio del Pratico la loro utilità quando si hanno da allacciare tumori erettili aventi sede nell' interno della bocca , come m' è più volte occorso di vedere.

Sonvi alcuni tumori erettili di cui la base è molto lunga e stretta ed allora ho con molto vantaggio adoperato la sutura incavigliata. La Scuola fu nell' anno scolastico 1849 testimone della prontezza con cui mediante cotesta sutura guarì un tumor erettile di base stretta ma lunga a segno che dall' angolo destro della mascella inferiore si prolungava salendo su per la regione parotidea quasi sin al piano superiore del padiglione dell' orecchia di una ragazza di cinque anni. La medesima Scuola fu nell' anno prossimamente scorso testimone d' un fatto più notevol ancora in ordine a cotesto mezzo applicato ad un tumor erettile avente sede su la fronte d' un' altra ragazza d' anni sei. Accadde qui che i due lati del tumore schiacciati e corrosi dai cilindri della sutura siansi resi comunicanti a traverso della base del tumore il

quale perciò rimase aderente ai tessuti vicini solamente per le sue due estremità a guisa di ponte. Levata allora la sutura, fu di grata sorpresa il vedere che i tessuti formanti quel ponte, leggiermente compressi s' adattarono di nuovo alla prima giacitura e v' aderirono, perduta ogni traccia di degenerazione erettile; di guisa che prontissima ne fu la guarigione.

Incontra alle volte che dalla soluzione di continuo superstite alla caduta dell' escara formata dai tessuti stati allacciati s' alzino con qualche rigoglio carni alquanto fungose che potrebber incuter il timore della degenerazione del male con un' altra forma. Ricorrendo però in questi casi alle iterate e reiterate cauterizzazioni con il nitrato d'argento vidi sempre succeder una buona ed anche pronta guarigione.

Sonvi finalmente alcuni tumori erettili i quali, per la loro posizione o per il loro volume, debbon esser assaliti con due o più de' mezzi fin quì descritti. È a questo riguardo notevole la seguente fattispecie.

Francesca Vinone da Caselle, di mesi quattro, quindici giorni dopo la nascita presentava su la destra guancia una piccola macchia violacea, avente le dimensioni della morsicatura d'una pulce. In due mesi e mezzo un tumor erettile da quella svolgevasi, avente la sua sede nel tessuto cellulo-areolare della guancia, che così alacremente in meno di quattro mesi progrediva da intimorire i parenti i quali chiesero perciò ed ottennero che fosse ricoverata nella Clinica operativa ai 20 di luglio 1840. Il tumor erettile così voluminoso da emulare il capo d'un feto settimestre, occupava tutta la guancia sinistra, contenuto in uno spazio designato da una linea immaginaria la quale incominciando alla distanza d' un dito trasverso dalla commessura labbiale sinistra si dirigesse in alto in vicinanza dell' ala del naso corrispondente, giungesse fin alla radice della palpebra inferiore, superasse il ponte zigomatico, attraversasse il padiglione dell' orecchia per la sua metà, oltrepassasse il processo mastoideo, poi, discendendo in giù nella direzione del muscolo sterno-cleido-mastoideo, fiancheggiasse la base della mandibola e, sollevandosi ad un tratto alla distanza di due diti trasversi dalla sinfisi del mento, si ricongiungesse alla commessura labbiale. Perciò, oltre a tutta la guancia, la dilatazione morbosa de' vasi capillari comprendeva pure la metà inferiore del padiglione, la conca, il principio del meato auditorio, parte della nuca, il tessuto cellulare sottocutaneo della regione ioidea superiore sinistra e la radice della palpebra inferiore dello stesso lato. Il tumor era oltracciò intorno intorno

circondato da un alone o ghiera cutanea, dell' estensione di quattro o cinque linee, di colore paonazzo, la quale, mentre accresceva i limiti della malattìa, chiariva la sede più profonda e più estesa della medesima. Dopo avere per nove giorni fatti applicare su il tumore bagni freddi per iscemarne il turgore ed il calore che v'eran intensi, io praticava ai 29 di luglio un' iniezione vinosa parziale del tumore nella sua parte anteriore. I tessuti iniettati furono compresi da infiammazione mite con durezza e con dolore al tatto: ma al terzo giorno eran essi ricondotti alla calma primitiva con i soli bagnuoli freddi, superstite il bramato loro indurimento. Ai 5 d'agosto seconda iniezione parziale di vino nella parte anteriore-superiore: medesimi effetti: medesimi esiti: però ai 7 d'agosto appariva senz' alcun dolore una piccola ulcera nella sede della prima iniezione, la quale lenta lenta progrediva. Ai 12 terza iniezione vinosa parziale praticata quasi nel centro del tumore con le stesse conseguenze primitive. Siccome l'ulcera più e più s' ampliava e tendeva ad isolar il tumore, per aiutare la natura in questo lavorìo si praticaron ai 24 due legature parziali lungo i limiti inferiori del tumore. Sei giorni dopo cancrenatasi la porzione allacciata di questo, caduti i refi, caduto l' istmo interposto tra l' una e l' altra legatura, ne risultò un'ulcera assai estesa nella parte inferiore che più e più dilatandosi s' è al fine ricongiunta con quella della parte anteriore. Ai 10 di settembre si praticò un' altra legatura parziale nell' estremità posteriore del tumore, corrispondente all' apofisi mastoidea e si cauterizzò con il cauterio attuale la porzione compresa nel padiglione, nella conca e nel principio del meato auditorio esterno. Cinque giorni dopo tutta questa parte era ridotta ad ulcerazione. Come fu il tumore isolato dal lavoro ulcerativo nella sua periferia, non altro più rimaneva fuorchè un ammasso di tessuto spugnoso nel suo centro, il quale a mano a mano consumato dalla periferia al centro, s' impiccioliva ogni dì più finchè disparve affatto ai 15 d' ottobre, superstite un' ampia soluzione di continuità sordida, disuguale e separante un pus verdiccio, quasi seroso e fetentissimo. Stava questa rendendosi a poco a poco granulosa e restringendosi, anzi cominciava già a rammarginare, quando ai due di novembre, preceduto da leggiera febbre scoppiò il vaiuolo benigno anzi che no di cui alcune pustole si svolsero su il margine delle palpebre, innestandovi un' ottalmia vaiuolosa. Però all' undecimo giorno era già su il finire l' eruzione cutanea e l' ulcera, prima sordida ed inerte, prese novella energia, attività novella, si coperse di buoni bottoncini carnosi e la cica-

trizzazione rapida progrediva. Ad ultimo nient' altro più rimanendo ai 15 di dicembre fuorchè una piccola soluzione di continuità nel centro della guancia, affatto rammarginato il resto, rinvigorita la bambina, del tutto scomparsa ogni traccia di tessuto erettile, chiedendo licenza la sua madre, fu dalla Clinica accommiatata con salutari consigli igienici. Un anno dopo l'operata mi fu di nuovo presentata e riconobbi una piccola fistola parotidea che cedette alla compressione, com' è già stato notato alla pagina 75 di questo volume (Le notizie relative a questa fattispecie sono state scritte dal Dottore Giacinto Pacchiotti).



RAPIDI CENNI

Su il merito comparativo delle varie operazioni consigliate contro le emorroidi interne e specialmente su alcuni perfezionamenti del metodo di legarle.

Essendo mio intendimento di toccare alla sfuggita l'argomento delle emorroidi interne, non dirò delle cause, de' sintomi, de' segni, delle divisioni, de' mezzi igienici e curativi incruenti delle medesime, ma rammenterò solo per passo le gravi e frequenti tribolazioni che recano, per cui alle volte domandan imperiosamente l'intervento della Chirurgia operativa. Son a ciò spinto dalla recente Memoria dell' egregio Dottore Amussat consegnata nella *Gazzetta Medica di Parigi* (puntata di settembre 1846) nella quale egli, infervorato com'è ai progressi dell' arte nostra, vanta sopra tutti i mezzi operativi per le emorroidi interne la cauterizzazione con il caustico del Filhos, portato mediante una *pinzetta scanalata* intorno alla base dell' emorroide fermata prima con una *pinza preservatrice*, avendo durante l' azione del caustico l' avvertenza d' iniettare di continuo acqua fredda e di vuotare in appresso l' emorroide cauterizzata dal sangue entrovi contenuto.

Per collocare così alto questo suo metodo il Dottore Amussat ha fatto e doveva logicamente parlando fare mano bassa sopra tutti i mezzi operativi stati fin qui più o meno vantati, o per lo meno dichiararne la loro inferiorità. Non mi farò io campione della recisione cotanto cara al Cline, un cotale poco ancor accarezzata dal Velpeau, ma degna dell' obblìo in cui è generalmente caduta per le pericolose ed anche mortali emorragie a cui espone gl' operati. Non mi farò campione della cauterizzazione con il cauterio attuale, già proposta nelle remote età e poi alzata a cielo dal Dupuytren per ciò che nell' età che corre è dessa vinta in valore da altri mezzi ugualmente efficaci, ma più semplici e per certo non orridi ugualmente. Non mi farò neppure campione della pratica da un Autore di cui non mi sovviene ora il nome patrocinata, che consiste nel levare via le emorroidi con piccole e successive incisioni legando a mano a mano i vasi incisi; perciocchè se questa pratica la quale è dolorosa e non spedita, può alle volte essere soccorrevole alle emorroidi esterne, certamente è di difficilissima applicazione, e non vale dirne il perchè, alle emorroidi interne. Non mi farò in fine campione dell'opinione di Velpeau il quale vuole che, fatti passare mediante un ago curvo due o tre fili attraverso della base dell' emorroide, si recida poi la porzione di questa che è al di qua de' fili, e quindi s' annodino successivamente i capi di questi, compiendo così altrettanti punti di sutura intercisa; imperciocchè questa pratica non è neppure essa raccomandata dalla semplicità e dalla speditezza; forse non previene sempre l' emorragia e può in alcuni casi di sdrucitura de' forami attraversati dai fili essere causa che entri nei medesimi qualche poco de' materiali liquidi e gazosi contenuti nell' intestino retto; la quale cosa non può essere scevra da inconvenienti. Non mi farò, dico, il campione di queste pratiche di cui alcune sarebbero immeritevoli del confronto con il metodo d'Amussat ed altre non potrebbero con vantaggio sostenerlo.

Ma non posso non dire due parole in difesa d' un metodo antico il quale, a malgrado degl' eminenti servizii che rese al-

l'uomo per confessione di più Pratici, specialmente di Brodie che risanò o vide con il medesimo risanati da 200 a 300 ammalati, non potè mai bene riscattarsi dal torto che fecero alla sua fortuna i fulmini che quel grand' ingegno di G. L. Petit gli lanciò contro, voglio dire la *legatura*, stata pur essa dall'Amussat giudicata a gran pezza inferiore al suo metodo. Debbo anzi per gratitudine dirle quelle due parole in difesa della legatura: imperciocchè in un grande numero di casi della mia già lunga pratica corrispose essa sempre ben al mio intento. Debbo ancora dirle a mia giustificazione presso la Scuola a me affidata, in presenza della quale ho in tutte le occasioni encomiata la legatura, avvalorando all' occorrenza gl' encomii con la potente prova de' fatti. Ha certamente pur essa la legatura i suoi inconvenienti, ma per la mia sperienza stimo che siano stati in parte esagerati e che in parte ancora siano derivati dall' imperfetto modo di praticarla. E stimo parimente che l'essere stata nelle mie mani scevra da gravi inconvenienti sia dovuto ad alcune modificazioncelle che le feci subire. Io esporrò assottigliandone la gravità i precipui inconvenienti rinfacciati alla legatura: ed esporrò pur alla mescolata le modificazioni per me alla medesima recate perchè si veda se quelle mie proposizioni consentano con il vero.

La legatura, dicono, *è molto dolorosa*. È ciò vero; ma il dolore, eccettuati alcuni operati assai irritabili, presto svanisce: facendo altronde dopo la legatura frequenti iniezioni d'acqua fredda o ghiacciata nel retto, v'è modo di renderlo più breve e men intenso. Un altro modo havvi altresì di prevenirne l'intensità ed è di stringere il nastro con la maggiore forza e prestezza possibile. E poi la cauterizzazione ideata da Amussat è essa scevra da dolore? Basta leggere le osservazioni ch' egli adduce in sua conferma per convincersi del contrario (A).

Le emorroidi legate, si dice pure, *induriscono pel fatto*

(A) Con l'etere e con il cloroformio quest' inconveniente rinfacciato alla legatura è ridotto al nulla.

stesso della legatura recando nel retto un molesto ingombro. Figlio di menti preoccupate anzichè della verità è quest' inconveniente. Di fatto in poco tempo le emorroidi legate, se bene legate, diventano flaccide e non altro sono più fuorchè un innocente mollame. Così almeno e non altrimente detta la sperienza.

Dopo la legatura delle emorroidi interne, si dice altresì, *le esterne gonfiano formando alle volte intorno all' ano un cercine voluminoso, doloroso, capace d' infiammarsi ed esigente, perchè se ne preoccupi la suppurazione ed il crepaccio, mignatte, scarificazioni*, ecc. Le emorroidi esterne ed interne avendo comune il circolo è cosa naturale che, legate le interne, si faccia nelle esterne soffermata di sangue e di linfa; che intumidiscano per edema più venoso che linfatico, a similitudine dell' edema d'una gamba affetta da varice; che dolgano ed anche s' infiammino. Ma io dichiaro qui che vidi sempre cotesta gonfiezza svanire da se o con pochi aiutarelli medicamentosi, come poltiglie mollitive, fomenti tiepidi, ecc., e dichiaro altresì che, sebbene non abbia mai avuto ricorso a mignatte, a scarificazioni, ecc., non la vidi però mai fare passo alla suppurazione. Ho perciò ragione di dire che esagerate ne furon e ne sono le sequele. Per altra parte gl' altri metodi curativi ne vanno essi immuni?

La legatura provoca, s'aggiunge, *gravi spasmi ed affezioni nervose*. Non m' è mai occorso osservare vistoso cotest' inconveniente fuorchè nelle persone ipocondriache e molto sensitive. Ma qual è il metodo curativo che in coteste persone non lo provochi? Altronde dichiaro anche qui che fin al giorno d' oggi vidi sempre il sì fatto inconveniente andar immune da lamentevoli conseguenze.

La legatura, si sopraggiunge in fine, *può essere seguita da flebitidi, da infiltrazioni purulente e che so io*. Debbo anche in questo luogo apertamente dichiarare che finora non ebbi mai occasione d' osservare cotest' inconveniente. Ma sembrandomi che le modificazioni per me recate alla legatura

abbiano forse conferito a prevenirlo, credo prezzo dell' opera toccare qui coteste modificazioni ragguagliandole al comune modo di legare.

Le emorroidi interne od han un *pedicciuolo* o sono *sessili*. Sono quelle altrettanto rare, quanto sono queste frequenti. Vi ha un solo e semplice modo di legare le emorroidi a pedicciuolo ed è di circondarle con un nastro e poi di stringerlo forte. Ma le emorroidi sessili e di larga base non s'acconciano più, per una ragione troppo evidente, a tanta semplicità d'operare. Cercando perciò i Pratici un altro modo meglio accomodato al caso, s'accordaron all' opinione che il migliore partito fosse quello di fare con un ago curvo passare due refi attraverso della base dell' emorroide, comprendendo di poi e legando successivamente ciascheduna metà dell' emorroide con il filo corrispondente. Nel quale modo d' operare io scorsi sempre questi tre inconvenienti: primamente un segmento de' due fili rimane per qualche tempo come corpo straniero a contatto dell' interna superficie dell' emorroide allacciata: secondamente i fori per cui trascorrono i fili si sdruciscono e per essi le materie gazose e liquide contenute nell' intestino possono, come ho già più sopra avvertito, forviarsi: terzamente piccola è la porzione d' emorroide che rimane allacciata perchè le anse de' fili sdrucciolano, nello stringerli, sopra la base della medesima come sopra un piano inclinato. Per antivenire cotesti inconvenienti era io solito agl' andati anni d' operar in questo modo. Messa allo scoperto l' emorroide o le emorroidi interne nel solito modo ch' io non sto quì a descrivere perchè non entra ciò ne' limiti del mio discorso, io ne trapassava la base con due aghi fini posti in croce: faceva quindi passare dietro alle quattro estremità degl' aghi un refe incerato assai resistente ch' io forte stringeva con nodo. Levava dopo ciò gl' aghi e, tagliato uno de' capi del filo, spingeva nella cavità del retto l'emorroide legata con il superstite filo. Ma benchè utile, questa pratica essendomi in appresso paruta non abbastanza semplice nella sua esecuzione, è lungo tempo ch' io la ho supplita con quest' al-

tra la quale offre tanta facilità e semplicità d'esecuzione che nulla più. Preparati varii uncini, aventi diverse curve secondo il maggior o minore volume dell'emorroide o delle emorroidi, l'Operatore impianta due uncini, uno dopò l'altro, nella base dell'emorroide dal lato dell'intestino e ne fa uscire le punte verso di se senz'interessare la pelle, e ciò in modo che trascorrendo per la base dell'emorroide i due uncini s'incrocino. Così infilzato il tumore emorroidale dai due uncini di cui la parte convessa è rivolta all'intestino e le punte all'esterno, riesce cosa oltre ad ogni dire spedita e facile lo stringerne la base con un cordoncino di seta incerato, portato intorno ai medesimi uncini. Tagliato di poi uno de' fili della legatura, s'introduce nell'intèstino l'emorroide allacciata senza pungerla e senza svuotarla perchè la legatura non isdruccioli, lasciando pendente fuori dell'ano il capo del filo che la stringe per poternelo dopo due o tre giorni tirare blandamente e favorire così il distaccamento dell'emorroide avvizzita. È cosa facile a vedersi che dilatando bene l'ano con ispatole, con uncini ottusi o con lo specolo, possono le emorroidi interne esser in questo modo anche legate in alto nell'intestino. Più o meno pronta a manifestarsi, la riazione traumatica non è per solito grave, anzi è per lo più così lieve che bastano a cessarla il riposo, la dieta, le bevande rinfrescative e le piccole e frequenti iniezioni d'acqua fredda per fin tanto che dura il dolore ed il cociore. Tra il terzo ed il sesto giorno il filo si distacca solo od insieme con le reliquie dell'emorroide mortificata. Tra il duodecimo ed il ventesimo svanisce il sopra notato gonfiamento delle emorroidi esterne e l'operato trovasi con trasporto di piacere libero dai patimenti e dai pericoli provocati dal male. Passo sotto silenzio molte minute circostanze ragguardanti all'ammalato prima e dopo l'atto operativo perchè non ho tolto, come già dissi, a trattare cotest'argomento exprofesso. Ma non voglio pretermettere di far ancora una volta notare la massima speditezza di cotest'operazione, la qual è tanta che non ha gran tempo venni nella Clinica operativa a capo di legare in presenza di

più Allievi e Dottori quattro voluminose emorroidi in meno di tempo che non so dirlo. Ora poi io non pretendo determinare il merito comparativo della legatura così modificata e della cauterizzazione dell' Amussat a cui, a malgrado che di complicata esecuzione, auguro una prospera fortuna, dichiarandomi fin d'ora pronto ad abbracciarla quand' avrà essa l' appoggio d' un grande numero di fatti e quando nella legatura per me modificata incontrassi d' or innanzi ciò che non ho incontrato mai pel passato, voglio dir alcuni di quelli sconci che s' apponevano e s' appongon alla legatura ordinaria. Ma nell' aspettazione de' futuri eventi e finchè non sarà da Amussat e da altri sperimentata la modificazione ch' io propongo, la quale ha il vantaggio d' un' inarrivabile speditezza e non ha contro di sè i danni che s' attribuiscono all' ordinaria maniera di legare, io credo esser in dritto di non correggere la mia opinione su il conto della medesima e di dichiarare che, immeritevole dell' umile sede a cui si vorrebbe abbassata, la legatura delle emorroidi interne non sarà forse mai cancellata dal novero delle utili operazioni chirurgiche.

Non so se altri abbia già trattata la quistione che fa l' oggetto principale di questo mio tema. Nel caso affermativo io provo una vera soddisfazione nel pensare che queste mie cosucce saranno pur sempre di qualche utile per confermare le idee altrui. In mezzo a quel mare di libri che la infaticabile stampa ci squaderna ogni giorno al volto, io credo essere cotesta una riservatezza indispensabile ad ogni Scrittore (Estratto dal *Giornale delle Scienze Mediche*, anno 1846 (A).

(A) S' ammettono dai Patologi emorroidi idiopatiche, sintomatiche e critiche, e s' ammette pure che, se le idiopatiche posson essere risanate con mezzi cruenti e con mezzi incruenti, ben altrimente cammina la bisogna in riguardo alle sintomatiche ed alle critiche. Vero in generale, questo principio è nella sua pratica applicazione alle volte inesatto ed altre volte esagerato per ciò che nel dettarlo si fece troppo larga parte allo stato costituzionale della persona affetta da emorroidi e non si diede sufficiente valore alla parti-

colare costituzione anatomo-patologica di queste considerate nelle varie fasi di cui sono con il progresso del tempo capaci; perchè è stato alle volte confuso il vero con il falso bisogno di distasamento di qualche sistema, apparato od organo per parte del filtro emorroidale, e perchè eziandio nel lanciare l'anatema contro l'uso dei mezzi cruenti ed incruenti diretti a ristagnare le emorroidi, massimamente le critiche, sonsi con evidente pregiudizio della verità considerati alla mescolata gl'effetti sostanzialmente bene diversi d'una medicazione e dell'altra.

1.° *Il principio è stato nella sua applicazione alle volte inesatto.* È evidentemente inesatto che tutte le emorroidi idiopatiche possano esser impunemente risanate; perciocchè sonvi alcune emorroidi in prima idiopatiche le quali costituiscono con il tempo filtri sanguigni abituali quasi ugualmente rilevanti che le emorroidi critiche.

2.° *Il principio è stato esagerato perchè si fece troppo larga parte allo stato costituzionale della persona tocca d'emorroidi e non si diede sufficiente valore alla particolare costituzione anatomo-patologica delle emorroidi considerate nelle varie loro fasi.* Senz'entrare su l'argomento delle emorroidi riguardato dal lato delle cause, delle concomitanze morbose e delle malattie di parti lontane a cui fanno seguito, in minuti particolari non consentiti dagli stretti confini d'un'annotazione, è vero però, giovi ciò notare passando, che le emorroidi, specialmente le critiche, fluenti o non fluenti con il loro consocio elemento irritativo o flogistico preceduto o conseguitato da iperemia, sostituiscono con vantaggio della persona un lavorio irritativo o flogistico con iperemia di qualche sistema, apparato, viscera od organo: è vero altresì che le morbose manifestazioni di cotesto lavorio debbono singolarmente riscuotere l'attenzione del Pratico: è anzi vero che coteste manifestazioni debbono esclusivamente riscuotere la sua attenzione finchè le emorroidi operano regolarmente e non trasmodano nel soverchio nè per infiammazione, nè per istillicidio di sangue, nè per la loro condizione anatomica. Ma è nel tempo stesso vero che la genesi delle medesime emorroidi ha luogo sotto gl'auspizii d'un'irritazione o flogosi più o meno subdola con iperemia che la precorre o che la conseguita: è pure vero che con il lungo andare e dopo molti rimbalzi di cotesta flogosi, aggiuntevi cause eventuali di tenace stitichezza, di turbazioni dolorose nella defecazione, di reiterate ed irritanti pigiature delle emorroidi per parte degli sfinteri dell'ano, di vitto incongruo e che so io, riesce essa finalmente qui come in altre sedi del corpo ad esiti organici, com'ascessi, ulcera-

zioni, indurimenti, rammollamento spugnoso, quasi fungoso, ecc. dei tessuti che ne sono la sede: è ad ultimo vero che ridotte le cose a questi termini, smodatamente trapela a traverso dei tessuti così alterati il sangue, tuttochè siavi già nelle vie del circolo penuria, grande penuria di quest' importante umore. Cessan allora le emorroidi d' essere un morboso lavorio di *sostituzione*, utile ad altre parti e si convertono in un lavorio di iattura ed anche, non riparate, d' esizio. È allora che l' arte debb' affrettarsi di chiudere, per quanto lo consentono i suoi mezzi, quel fatale filtro, quale sia la natura delle emorroidi o idiopatiche o sintomatiche o critiche. È allora che incontrano que' fenomeni d' anemia, d' esaltamento vitale da esaurimento, d' aumento d'azione, siccome diceva cotanto bene Hunter, per difettiva potenza, come spasmi d' ogni maniera, isteralgie, morbosa vibrazione precordiale e di tutte le principali arterie con rumore di soffio, ansia di respiro, senso di contrattura nel petto, celerità e vacuità di polsi, colore lucido-cereo, subtumescenza del tessuto celluloso suttocutaneo, specialmente del volto e delle estremità, notti insonni o sonni turbati da sonni terrifici, frequenti sensazioni di svenimenti, languidezza di digestioni, ecc. Potrei in prova di ciò addurre molti casi di cui non pochi desunti dalla mia pratica particolare, ma preferisco citarne due desunti dalla Clinica operativa:

Caso 1.° Giuseppe Domenici: contadino: anni 31: temperamento bilioso-sanguigno con molto pronunziata *venosità*: costituzione piuttosto valida: nato da parenti sani: stato dall' età di anni 7 fin ai 22 soggetto a frequenti epistassi, scemate di frequenza dai 15 ai 22 per l' uso del tabacco, ma non cessate. Dai 22 fin ai 25 anni fu due volte assalito da flogosi bronco-polmonari, state spente con abbondanti salassi. Dai 25 anni sin ai 28 sofferse irritazioni gastro-enteriche con istitichezza. In vece della stitichezza fu nel ventesimottavo anno di sua vita soggetto alla dissenteria con esania ad ogni *defecazione*. In tutto il tempo che durò l' irritazione gastro-enterica e la dissenteria fu molte volte salassato. Su i 29 anni si manifestarono emorroidi interne fluenti le quali, soccorrevoli in principio, lo minacciarono presto della vita per l' enormità delle perdite di sangue. Essend' egli, dopo un anno che non attendeva più ai suoi soliti lavori, andato alla campagna, perdette nell' atto di *defecare* tanta copia di sangue che rimase per tre ore svenuto ed esanime nel luogo stesso, finchè rinvenuto per caso da persone caritatevoli fu ai 20 di settembre 1846 trasportato nella Clinica operativa come dissanguato, pallido, con i polsi

vuoti, piccoli, mobili, celeri, incapace di reggersi su i piedi ed offrente già i caratteri dell' abito cachetico. Per evitare il danno d' una nuova *defecazione* ho senza perdita di tempo allacciate con il sopra descritto metodo, non già tutte le emorroidi dalle quali era affetto, ma solamente quattro che s' offrivano molto alterate, infracidate, come fungiformi. Poca fu la riazione traumatica. Al quarto giorno si distaccarono due emorroidi avvizzite tirando leggiermente i fili pendenti dall' ano ed al quinto si distaccarono pure spontaneamente le altre due. In questo tempo le emorroidi esterne gonfiarono formando attorno all' ano un cercine piuttosto voluminoso e quasi edematoso il quale in meno di tredici giorni svanì con il solo uso di sostanze mollitive. L' operato, riacquistate in poco tempo le smarrite forze, fu in grado d' uscire dalla Clinica su i primi giorni di novembre del detto anno (Le notizie di questa fattispecie furono registrate dal Dottore Olioli). Quello che hassi particolarmente a notare è che un anno appresso godeva egli buona sanità in grazia della continuazione d' un moderato e ricorrente scolo di sangue da quelle emorroidi di cui la tessitura non era, nel tempo dell' operazione, contaminata.

Caso II. Il Sacerdote Francesco F.: anni 33: temperamento sanguigno-bilioso: abito cardio-capitale-venoso: costituzione robusta: nato da parenti soggetti alle emorroidi. Sofferse nell' infanzia la tosse convulsiva, poi un ottalmitide ad ambo gl' occhi che, dopo il corso di due anni, riescì in una leggiera miopia dal sinistro. Cessati cotesti malori d' infanzia, godette egli sin ai 21 anni sanità piuttosto buona, salvo che era abitualmente stitico ed a quando a quando gli s' intumidiva il ventre. Nel ventesimo anno fu colpito da una sinoca reumatica, stata ben e presto risanata con tre salassi. Su i 22 anni gli comparve, in seguito a violento patema d' animo, l' itterizia, stata vinta con la sola dieta. Ai 25 anni cominciò a soggiacere alle emorroidi le quali per tre anni non furono fluenti, nè diedero alcun' altra molestia fuorchè un intercorrente senso di peso e di tensione all' ano. Da due anni circa, dopo una lunga e precipitosa camminata stata seguita da soppressione di traspirazione, cominciaron le emorroidi a dolere, a rendersi assai più tumide ed a stillare sangue ad ogni atto di *defecazione*. Usciva il sangue a sprazzi, alle volte aggrumato e nell' intervallo degl' atti di *defecazione* stillava di continuo dall'ano un umore siero-mucoso assai fetente. Coteste perdite d' umore bianco e rosso smarriron poco per poco le forze dell' ammalato e di pari passo sottentrò una condizione di mobilità vasale per la quale, scambiata come fu con un vero stato morboso angioitico, gli furon ancora praticati

molti salassi generali e locali intorno all' ano con le mignatte, oltre alla dieta rigorosa, al riposo, ecc. Tant' è: in mezzo a quel falso indirizzo di cose le forze dell' ammalato andarono cotanto in dichino che con somma pena potè egli regger al viaggio per condursi alla Clinica operativa, dove fu accettato ai 10 d' ottobre 1845. Era questo il suo stato: pallidezza estrema e subtumescenza del tessuto celluloso sottocutaneo, specialmente di quello del volto e delle estremità: gagliarda vibrazione precordiale, carotidea, radiale: senso di svenimento e massima ansia di respiro per la sola fatica del voltarsi nel letto; di guisa che in uno di questi movimenti un infermiere che era presente all' ultima stremità a cui era ridotto lo credette prossimo a boccheggiar ed a spegnersi: cute secca: orina pallidissima: appetito e digestione, già gran tempo, perduti: sogni paurosi: somma prostrazione morale: nell' atto della defecazione usciva dall' ano un ammasso voluminosissimo d' emorroidi le quali richiedevano poi molta industria per essere ricollocate nella loro sede. Due delle medesime, quelle appunto da cui usciva dilagatamente sangue, erano formate da un tessuto erettile e s' offrivano molli, voluminose e così degenerate che avevano somiglianza di due pezzi di milza. Si pensò prima d' ogni cosa a rifocillare le forze dell' ammalato con un regime parcamente nutritivo procurando nel tempo stesso con blandi clisteri che la *defecazione* avesse luogo con minor o con nissuna iattura di sangue. Con queste due indicazioni terapeutiche le quali sortiron in 40 giorni un effetto discretamente buono, s' è ai 20 di novembre potuto mediante gl' uncini ed i refi incerati praticar in presenza della Scuola la legatura delle due emorroidi degenerate. Pochissima fu la riazione traumatica. Dopo sei giorni i fili della legatura si distaccarono nell' atto della *defecazione* insieme con le emorroidi avvizzite ed infracidate. Cessò poco per poco ogni incomodo all'ano, anche nella *defecazione*: cessò pure lo stillicidio di sangue: l'operato riprese in breve tempo forza e carnagione e si congedò dalla Clinica ai 30 di dicembre di dett' anno (I fatti relativi a questo caso furono registrati dal Dottore Biagio Gastaldi). Seppi di poi che continuava egli a vivere sano e che ricomparve un moderato stillicidio di sangue dalle emorroidi state risparmiate nell' atto operativo perchè non degenerate.

In prova della sopra addotta proposizione che le emorroidi veramente critiche ma degenerate e contristanti la vita per incomodi e per dolori posson essere con un' operazione salvamente risanate io riferirò ancora il seguente fatto.

Caso III. Il Maggiore Cav. B.: anni 58: temperamento sanguigno-

atletico: costituzione oltre ad ogni dire robusta: piuttosto obeso della persona: alto di statura: abito cardio-capitale vistosissimo con massima tendenza all' apoplessia: dotato di molta fortezza d'animo: nato da parenti sani, tranne che il genitore di lui era soggetto alle emorroidi. Fin all' età di 19 anni non andò soggetto ad alcun male, fuorchè a ricorrenti e copiose epistassi con cefalea. Ai 19 anni si condusse in Sardegna dove dimorò sin ai 29 e dove fu colto da febbri intermittenti ora perniciose ora semplici che lo travagliarono per sette mesi. Su il finire di coteste febbri espellì, previi i soliti tormenti, un calcoluzzo dall' uretra. Ai 40 anni sofferse accessi gottosi che lo molestarono per un triennio. In questo mentre la cefalea di cui gl' insulti eransi dai 19 ai 40 anni moltissimo moderati, s' aggravò. Datosi all' età d'anni 42 ad una vita sedentaria, cominciò a soffrire di stitichezza a cui su i 46 anni s' aggiunsero emorroidi moderatamente e con singolare sollievo fluenti in un modo ricorrente. Essendosi però tre anni dopo resa troppo copiosa la perdita di sangue, gli furono praticati sei salassi e consigliati un vitto moderato e vegetale e bagnuoli freddi locali. Ristagnato con questi mezzi quasi totalmente il flusso emorroidale, cominciò egli poco tempo dopo cioè su i 55 anni a provare disagio generale ed indefinito della persona, dolore gravativo quasi continuo al capo e difficoltà di respiro a cui riparò con sei salassi e con un vitto esclusivamente vegetale. In grazia anzi di questo vitto continuato cessò l' abituale stitichezza. Dopo la sì fatta cura tornarono le emorroidi a sanguinare in un modo ricorrente, ma scarso era lo stillicidio di sangue, epperciò andava egli di volta in volta soggetto ad ipercmie cerebrali e polmonari a cui si recava ad ogni volta sollievo con uno o con due salassi. Da un anno e mezzo però che il flusso emorroidale erasi reso alquanto più abbondante que' ricorrenti incomodi eran pressochè scomparsi, ma fu fatale che, nel ravviarsi, le emorroidi diventasser assai dolorose. Dolevano incomportabilmente dopo ogni atto di defecazione in cui rimanevano strozzate dagli sfinteri: dolevano se l' ammalato camminava: dolevan altresì se egli stava ritto in piedi anche per un solo quarto d' ora. Cotanto gravi disturbi decisero il paziente a recarsi alla Clinica operativa dove fu accettato ai 26 d' aprile 1847. Con l' inspezione e con l' esplorazione si riconobbero molte emorroidi esterne e tre interne di cui una piccola e due voluminose, dure e calterite alla superficie. Con gl' uncini e con reti incerati si legaron ai 2 di marzo in presenza della Scuola queste due e si risparmiò la più piccola nell' opinione che dalla medesima non derivassero i citati inco-

modi e nella speranza che la sua azione avrebbe supplita quella delle emorroidi che s' annientavano. La riazione traumatica fu quasi nulla. Le emorroidi esterne diventarono pochissimo tumide e cotesto poco di tumidezza disparve ancor in meno d' otto giorni. Al settimo giorno si distaccarono nell' atto della defecazione i fili con le emorroidi appassite ed infracidate. Brevemente, i continui e gravi incomodi che richiesero l' operazione essendo onninamente svaniti, il Cav. B. si dilungò dalla Clinica su lo scorcio di detto anno (Le nozioni relative a questa fattispecie furono registrate dal Dottore Olioli). Dopo l' operazione continuò un leggiero e non punto incomodo gemitivo sanguigno dall' ano, manifesto soltanto nell' atto della *defecazione*, in grazia del quale un anno appresso l' operato godeva prospera sanità e d' allora in poi nulla più seppi di lui.

5.° *Il principio fu esagerato perchè è stato alle volte confuso il vero con il falso bisogno di distasamento di qualche viscera od apparato per parte del flusso emorroidale.* Appoggio questa proposizione con analogie dedotte dallo stato patologico d' altre parti. In quella guisa che vediamo il ventricolo per un lungo digiuno irritarsi poi al contatto d' alimenti anche blandi e non presi in soverchia copia e cacciarli per vomito precorso da crampi di stomaco, da ansia di respiro, ecc. In quella guisa pure che l' occhio privato da pezza dello stimolo della luce s' irrita, si convelle all' azione de' più deboli raggi di questo suo modificatore naturale. In quella guisa eziandio che nelle persone molto sensitive sovente l' infiammazione d'una parte trae, dopo cessata, al suo seguito una *neuralgia* così detta *ab inflammatione* la quale sempre più cresce se, scambiata con la trascorsa infiammazione che la ha generata, si continua a disinfiammare, a disirritare, ed all'opposto scema e poi si spegne con i mezzi così detti nervini, con l' uso graduato della parte affetta, con il successivo rinvigorimento della persona e con il ritorno dell' equilibrio nei poteri e nelle funzioni vitali, stati dall' infiammazione e dal metodo diretto a vincerla sbilanciati; il che è soprattutto evidente dopo le lunghe ottalmitidi: nella stessa guisa e non altrimente incontra nel sistema vasale rosso quando, dopo protratte e smodate perdite di sangue per le emoroidi, succede anemia. Nelle persone molto sensitive ed irritabili acquista esso allora una maggiore sensibilità alle impressioni del sangue ed una pari mobilità d' azione che, lungi dall' essere forza reale, n' è l' antitesi: s' aumenta in somma la sua azione e ne scema la potenza o la vera forza; è anzi quella aumentata perchè è questa scemata. Se, le perdite sanguigne continuando, cotesto stato si rende abituale, occorre che si

stabilisca un falso equilibrio tra la minore quantità di sangue ed i canali in cui circola; falso equilibrio in cui il livello vitale ed idraulico di quel sistema è abbassato. E se, essendo le cose in questi termini, avviene che, cessato od allentato temporaneamente il flusso emorroidale per opera di natura o d' arte, cresca la copia del sangue, riesce questo uno stimolo molesto pei vasi i quali perciò si turbano e ricadono nella calma se per caso si dischiudono le emorroidi o si supplisce il loro stillicidio con il salasso o con le mignatte. Questa calma consecutiva d' un falso equilibrio vitale fu agl' occhi d' alcuni Pratici un' ulteriore prova dell' utile azione critica delle emorroidi. Ma guai al Neopratico che si lasciasse pigliar a quella rete, giacchè per lungo tempo, alle volte per lunghi anni gli toccherebbe veder il suo ammalato valetudinario, gramo, dolente. Dico qui di cose che m' è troppo sovente accaduto vedere. Ma intanto, si obbietta da alcuni, le turbazioni in questo falso equilibrio indotte dall' aumento del modificatore sanguigno hannosi a prevenir ed a riparare, una volta insorte: quale n' è il modo? Una volta corretto lo smoderato flusso emorroidale, il modo consiste nel consigliar all' ammalato l' uso gradatamente crescente dei modificatori ordinarii della vita. Il modo consiste ancora nel procurare che il sangue ritorni per gradi alla sua primitiva crasi e copia, evitando il cibo eupepto ed usando in quella vece un vitto attemperante poco per poco crescente in quantità. Il modo consiste altresì nell' aumentare le funzioni degli apparati escretori, specialmente dell' uropoietico con bevande diuretiche rinfrescative e nell' applicare con opportunità revellenti cutanei. Egli è adoperando in questa guisa e non altrimente che vidi più volte perdersi senz' alcuna lamentevole sequela l' abituale falso equilibrio e l' organismo ritornare poco per poco al suo livello naturale. Egli è destreggiando in quella maniera che ritornò bel bello l' equilibrio naturale nell' organismo dell' ammalato citato sopra nel caso II in cui aveva già avuto luogo un falso livello della vita e de' suoi materiali. Ad ultimo egli è ancora in questa maniera destreggiando che vidi ritornar il naturale equilibrio in un ammalato della mia pratica particolare del quale non so contenermi dal narrare brevemente il caso per cagione di qualche sua partilarità. P. Regio Impiegato: anni 30: temperamento sanguigno-epatico: carattere iracondo, fantastico, intollerante ed eccessivamente pusillanime: nato da parenti soggetti alle emorroidi: abusatore di liquori spiritosi, de' piaceri venerei e de' purganti drastici: stato prima dei 25 anni sovente salassato per irritazioni vasali ricorrenti tre o quattro volte per anno: su i 25 anni

comparsa delle emorroidi fluenti con sollievo: sei mesi appresso, per abuso di purganti drastici, flusso emorroidale dirotto e dopo altri cinque mesi principio d'abito cachetico con morbosa vibrazione del cuore e delle arterie, rumore di soffio, colore lucido-cereo, subtumescenza del tessuto celluloso sottocutaneo, ecc. In vista de' suoi malori chiese ed ottenne d' essere messo in aspettativa. Qualche tempo dopo fu ridotto a non poter più uscire di camera tant' erano gravi i tormenti generali delle emorroidi, aggiuntavi la spossatezza delle forze per il loro soverchio stillare sangue ad ogni *defecazione*. Tal era il suo stato quando lo vidi la prima volta. Gli ho suggerito la legatura di quattro principali emorroidi le quali eran evidentemente degenerate, come fungiformi, industriandomi di persuaderlo che il suo stato gramo moveva già dalla eccessiva perdita di sangue; che ulteriori perdite, non che inutili, gli riescirebbero fatali; che da lungo tempo quelle iatture non erano più l' espressione d' un bisogno della sua economia, ma che erano l'effetto esclusivo della degenerazione delle emorroidi; ch' egli era già in un falso livello di vita e di sangue molto al di sotto del naturale e che ulteriori perdite sanguigne l'avrebbero ancora dibassato. Siccome sì lui e sì un vecchio Medico di casa avevan osservato insorgere turbazioni di vario genere, soprattutto precordiali, quelle stesse turbazioni di cui s' è detta poc' anzi la causa, ogni volta che era cresciuta la copia del sangue per un vitto alquanto più abbondante ed eupepto da un lato e dall' altro per alcuni eventuali ristagni del flusso emorroidale avvenuti cinque o sei volte nel corso di due anni, così non accedettero alla mia opinione. Rincorato in fine, dopo trascorsi altri due anni di patimenti, dalla notizia che un suo amico per me curato dalle emorroidi con la legatura n' era stato prontamente guarito, rotto ogni indugio e chiuse le orecchie ad ogni contrario suggerimento, consentì egli che allacciassi le quattro sopra dette emorroidi interne. L' operazione fu così pronta e l' effetto utile così immediato che dal momento dell' atto operativo a quello della guarigione e del ritorno al suo impiego trascorsero soli due mesi e mezzo senza che sia succeduto alcun inconveniente. Bensì l'operato si sottomise con diligenza a tutti i riguardi sopra rammentati e diretti a restaurare poco per poco, insieme con la crasi e con la copia del sangue, le forze dell' economia ed a fare sottentrare senz'urto il livello naturale della vita e della sanità all'acquisito falso equilibrio. Anche in quest' operato ricomparve cinque mesi appresso, cioè quand' ebbe del tutto riconquistate le smarrite forze, uno scolo emorroidale moderato dalle emorroidi non state

comprese nella legatura e continua egli a godere da otto anni una discreta sanità.

4.° *Il principio è ancor esagerato perchè sono stati alla mescolata considerati gl' effetti sostanzialmente bene diversi de' rimedii astringenti e delle operazioni cruente.* Si capisce facilmente che, quando si sopprime repentinamente un flusso emorroidale abituale critico con rimedii astringenti esterni od interni, con clisteri d'acqua fredda o diacciata, con semicupii freddi, con docce ascendenti pur esse fredde o diacciate, debbon avere luogo fomiti morbosi in altre parti e derivarne perciò gravi urti nell' economia perchè que'mezzi nel tempo stesso che sopprimon il flusso sanguigno e la congestione emorroidale reprimon anche gl' elementi dinamico ed idraulico che per abitudine mantenevano questa e quello, e ciò con massima difficoltà avvenire di ravviarli. In quella vece la legatura annienta solamente le emorroidi degenerate e non sopprime l' intasamento nè il flusso sanguigno di quelle che non sono guaste nella loro trama anatomica, e ciò perchè non reprime gl' elementi dinamico ed idraulico che mantengono questo e quello. E di vero dalle antecedenti osservazioni alle quali potrei aggiungerne una buona mano d' altre, risulta che dopo la legatura delle emorroidi degenerate, continuò l' intasamento ed il flusso sanguigno di quelle che non l' erano e che perciò non furono comprese nella legatura. Si debbe dunque cessare dal gettare biasimo su gl' effetti delle operazioni cruente assomigliandole a quelle degli altri testè detti mezzi cruenti di repressione del flusso emorroidale.

Le cose fin qui dette posson essere epilogate nelle seguenti conchiusioni:

I. Le emorroidi *idiopatiche* possono rimediarsi salvamente con mezzi cruenti ed incruenti se non sonsi, per la diuturnità della loro durata, rese abituali, come necessarie:

II. Le emorroidi *sintomatiche* esigono particolarmente una cura diretta alla malattia di cui sono l' espressione:

III. Le emorroidi *critiche* respingon ogni cura quand' il loro flusso non è eccedente:

IV. Siano poi idiopatiche, sintomatiche o critiche debbon essere represse quando lasciano trascorrere smodatamente il sangue fuori del corpo per vizio organico della loro tessitura; quando sì le une come le altre sono causa di grande iattura di forze e di sangue non necessaria all' economia, anzi alla medesima perniciosa: il che equivale a dire quando non operano più per il conto di questa ma per *patologica necessità* del loro organismo.

V. Se in questi termini di flusso smoderato e dannoso per vi-

zio organico delle emorroidi il flusso delle idiopatiche può essere indifferentemente represso con mezzi cruenti od incruenti, non è così del flusso delle sintomatiche e più specialmente delle critiche, che è molto meglio sopprimere con mezzi operativi anzichè con mezzi astringenti, essendo l' effetto de' primi da quello degl' ultimi ben diverso, come s' è poc' anzi detto:

VI Debbe il Neopratico bene guardarsi dallo scambiare la vera erezione nerveo-vasale, la vera condizione iperstenico-iperemica del sistema vasale rosso estra od entro-viscerale che ha sollievo da un temperato flusso emorroidale, con quell' esaltamento d' azioni nerveo-vasculo-motrici con esaurimento di materiali e di potenza, frequentemente succedano dei protratti e trabocchevoli flussi sanguigni emorroidali i quali con il lungo andare gettano la persona in uno stemperamento d' umori ed in un falso equilibrio idraulico-vitale:

VII. Quando questo stemperamento o falso equilibrio ha già avuto luogo, il Neopratico, corretto il flusso emorroidale che ne fu la causa, debbe, a scanso degl' inconvenienti d' un troppo rapido rifacimento dell' organismo e de' suoi più nobili materiali, procurare che la crasi e la copia naturali del sangue si ristabiliscano per gradi e che gradatamente pure cessi il falso e ritorni il vero equilibrio delle forze della persona, consigliando all' ammalato l' uso pure bene graduato dei modificatori che conducono a quello scopo insieme con gl' altri mezzi sopra detti.



UTILI EFFETTI

DELL' OPPIO

Introdotto nelle vie orinarie

nella cura

d' alcune malattie.

Sino dall'anno 1830 io aveva fatto conoscere pel mezzo delle stampe alcune osservazioni tendenti a provare l'utilità dell'oppio introdotto nelle vie orinarie per calmare o vincere alcune malattie più o meno dolorose e contumaci, segnatamente le ernie strozzate, le coliche violente ed alcune iscurie.

D'allora in poi ho potuto, in grazia della facilità che mi porse un grande Spedale, ripetere moltissime volte le medesime osservazioni in presenza d'una numerosa Scuola che forma una tanto bella e tanto rispettabile parte del Pubblico ed ebbi sempre più occasione di convincermi dell'utilità di quella medicazione non solo nelle poc'anzi dette malattie ma in altri mali non meno affannosi e gravi. Sarei molestamente prolisso s'io mi gettassi a far una circostanziata narrazione de'casi in cui sperimentai utile quella medicazione. No certo: così fatto non è il mio intendimento, nè ciò permetterebbero le presenti circostanze di tempo e di luogo. A Dio piaçendo io potrò forse rientrare un'altra volta in quest'argomento e smidollarlo, ma per ora sto contento a sfiorarlo indicando per passo i risultamenti di quella terapia ed i precipui mali contro di cui fu essa diretta. Desidero però innanzi tutto correggere a questo proposito un errore

in cui cadde il celebre Professore Velpeau il quale in ambe le edizioni della sua bellissima Opera di Medicina operativa mi fa dire ch' io ho riconosciuto vantaggioso nelle ernie strangolate l' introdurre nell' uretra una candeletta spalmata d' estratto di belladonna, dovechè nell' annunzio per me fatto al Pubblico, ormai tredici anni, io non ho parlato della belladonna, ma solamente dell' estratto d' oppio del Beaumé solo o misto con l'estratto di giusquiamo nero. Non inutile sarà giudicata questa mia digressione da chi rifletta che la citata Opera del Velpeau occupa nella nostra Letteratura un così alto seggio che non havvi quasi in ambo gl' emisferi alcun Cultore dell' arte nostra che non siasi fatto premura di recarsela in mano.

Ciò premesso, io dico che dall' anno 1830 in poi ho ridotto ad arte la pratica di cui discorro in dodici casi d'ernie strozzate inguinali, sopravvenute ad ammalati di sesso mascolino, e ciò sempre con profitto e mi spiego: vidi, dopo indotto il narcotismo per la via dell' uretra, alcune, per verità poche, di quelle ernie cioè quelle in cui lo strozzamento era originato da orgasmo o da flogosi delle parti strozzanti o delle strozzate, lieve di grado, epperciò non ancora riescita ne' suoi noti esiti, rientrare da sè; le più però esiger un qualche più o meno ripetuto maneggiamento di *taxis*. È egli necessario ch' io dica che quel narcotismo non ha potuto risparmiare l' operazione cruenta ne' casi in cui l' ernia strozzata già era saturata di flogosi violenta, riescita ad alcuni de' suoi esiti, com' aderenze, versamenti purulenti, cancrena ed in quelli in cui l' ernia, prima di strozzarsi, era da lungo tempo irreducibile per inveterate aderenze, per ipertrofia delle viscere erniose e simili? Se però non risparmiò l' operazione cruenta, ebbi bene donde accorgermi che anche qui esso rendette utili servizi agl' ammalati per ciò che gli vidi, dopo rinvenuti dal narcotismo, esser assai meno sensitivi ai dolori dell' operazione e, ciò che più preme, offrire più mite la consecutiva riazione traumatica. Sorprendente, davvero sorprendente cosa fu il vedere che in tutti que' casi nel breve spazio di 20 a 30 minuti dall' introduzione dell' oppio

nell' uretra cessaron i dolori addominali, sovente immani, crudeli sempre da cui sono tormentati gl' erniosi; caddero avviliti i polsi; molleggiò il tumore ernioso; si rendettero pesanti le palpebre e succedette il sonno in un con un notevole rilassamento di tutta la persona. I quali fenomeni in più casi non eransi potuti ottenere con un enorme metodo antiflogistico depletivo.

La prontezza con cui l'oppio induce il narcotismo per la via dell' uretra mi suggerì l'idea d'avervi ricorso ne' casi di colica nefritica, solita a comparire in chi travaglia di renelle. Non v'è chi ignori come siano incomportabili quelli spasmi e que'dolori che alle volte derivano dal lento o stentato od impossibile passaggio d' un calcoluzzo dai reni nella vescica. Ora bene, avendo in due casi di quella natura infruttuosamente adoperati i comuni mezzi, m' applicai al partito d' introdur oppio nell' uretra e vidi con mia gratissima sorpresa in un essere cessati i dolori del tutto e con prestezza e nell' altro cessati pure e poco poi riprodotti, ma con pari successo combattuti con lo stesso compenso. Calmati i dolori, ambo gl' ammalati di sesso mascolino che furon oggetto di queste osservazioni, cacciarono dall' uretra i calcoluzzi che erano stati la cagione materiale della colica renale.

In grazia della testè detta prestezza e certezza con cui opera, il narcotismo per la via dell' uretra mi porse sei volte un mirabile sussidio per vincere in persone di sesso forte un morbo di natura altrettanto crudele quanto rapido, se non domato, nei suoi fatali esiti, voglio dire l' iscuria. E si noti bene che, se in due di que' casi l' arte poteva altrimente riparare al male ed alle sue sequele per ciò che trattavasi d' iscuria soltanto spasmodica senz' un materiale ingombro delle vie orinarie, in tutti gl' altri esisteva cotest' ingombro o per cronica gonfiezza prostatica o per inveterati ostacoli dell' uretra ed in tutti era impossibile il cataterismo e l' arte aveva già inutilmente esausti i mezzi disirritanti, i depletorizzanti, i disinfiammanti. Con il narcotismo non è stata per certo vinta in tutti que' casi la tura

materiale delle vie orinarie, ma solamente quella turgenza e quello spasmo che soglion aggiungersi agl' ostacoli organici, passati a sobbollimento e che cancellano que' piccoli vani che ai medesimi ostacoli sopravanzano, rendendo così impossibile l'uscita dell' orina.

Non vi ha alcuno che ignori come le inveterate uretritidi specifiche, l'esecranda e pur troppo diffusa turpitudine dell' onanismo, per cui una non piccola parte del genere umano o perisce o va malconcia, l'abuso ed il misuso degl' atti erotici e ben altre cagioni generino frequenti neuralgie spermatiche ed uretrocistiche. Non vi ha neppure alcuno che non conosca quanto que' mali si mostrino bene spesso caparbi e refratarii ai più efficaci mezzi dell' arte, avvegnachè siane da lungo tempo cessata la cagione producitrice. Ora bene, m' è grato il dire che due volte in quattro consimili casi venni a capo di debellare il male con l'iterato e più volte reiterato narcotismo per la via dell' uretra.

Ebbi pure una volta ricorso non è gran tempo al narcotismo per la via dell' uretra contro il trismo ed il tetano traumatico, morbo rio e truculento che è quasi sempre argomento di spedita e cruda morte. Ma non ottenni alcun altro risultamento fuorchè una passeggiera sospensione del trismo e di que' svolazzi muscolari che cotanto contristano que' pochi ritagli di vita che per solito rimangono ai miseri che ne sono travagliati, e vidi con mio cordoglio, con mio massimo cordoglio risorgere dopo brev' ora il male e riescir alla morte. Non ho per questo smessa affatto l'idea di ritentare, scadendone l'occasione, lo stesso mezzo, giacchè stimo non bastar un solo caso per dichiarare valido od invalido un qualunque compenso terapeutico.

Un altro atrocissimo morbo vi ha (chi nol sa?) e frequentissimo e penosissimo, restio ad ogni mezzo dell' arte, il quale uccide quasi con il solo suo nome le misere donne che ne provano gl' insulti, voglio dire il cancro dell' utero. Ebbene anche qui ebbi più volte occasione di sospendere per a tempo con il narcotismo per la via dell' uretra que' feroci dolori i quali rendono cotanto tribolata la breve esistenza di quelle infelici.

Un mio caro Allievo ricorreva non è gran tempo a me perchè gli suggerissi un qualche mezzo per ammansire i crudi dolori da cui la sua genitrice era straziata a cagione d' un cancro dell' utero. Lo esortai ad introdur oppio nell' uretra. Il che avend' egli eseguito, conseguì il desiderato intento di lenire i dolori e mi ha più volte espressi con le lagrime agl' occhi i sensi della sua gratitudine per il datogli consiglio. Bene so che soltanto lenitiva e non radicativa è in simili frangenti la virtù del rimedio, ma questo so pure che, s' è nell' arte nostra bellissima la missione di guarire, quella di lenire i mali che affligono l' umana famiglia non manca pur essa d' utile e d' allettativo.

Fondato nelle tante volte sperimentata efficacia del narcotismo per la via dell' uretra per calmare variformi mali dolorosi e spasmodici, doveva rampollarmi spontanea nell' animo l' idea d' avervi ricorso nei casi di coliche spasmodiche od infiammatorie, indipendenti da una lesione *stromentale* delle viscere addominali. E qui dico che il risultamento dei fatti tentativi superò di lunga mano la mia aspettazione e fu per me un argomento di viva soddisfazione che male saprebbero le mie parole esprimere. Ho di fatto curato con quel mezzo sei coliche gravissime e strazianti di cui tre erano d' indole spasmodica e tre di natura flogistica. Le prime svanirono come per incantesimo con una o due introduzioni d' oppio nell' uretra. In ordine alle ultime, sebbene non bastasse e non dovesse per ragione troppo chiara bastare l' oppio per vincere l' elemento infiammatorio e fosse perciò necessario ricorrer al metodo antiflogistico energico, valse esso però sempre con le sue iterate e reiterate applicazioni a temperar od a spegnere l' elemento doloroso ed a procacciare tempo per debellare l' elemento infiammatorio. Il che quanto sia utile lo giudichi chi sa come per gl' insulti d' un immane dolore che è il capitalissimo nemico dell' uomo, rimangano pervertiti i poteri de' due principali sistemi regolatori dell' economia cioè del nervoso e del sanguigno. Lo giudichi chi sa che, pervertiti que' poteri, rimangono languenti, turbati,

scommessi gl' uffizii delle viscere e degl' apparati organici: lo giudichi in fine chi sa come in tanto dissesto il corpo umano rimanga inabile a resistere agl' insulti del male ed a corrisponder all' utile impressione de' rimedii diretti a frenarlo.

In prova di quanto dissi testè intorno all' utilità del narcotismo provocato con l' oppio introdotto nell' uretra per sedare i dolori delle coliche infiammatorie io potrei, se non me lo vietasse legge di brevità, citare il recente caso d' un ammalato che vidi insieme con il quì presente Presidente della Società Medico-Chirurgica (A).

(A) Trattavasi d' un Signore di bell' età, di costituzione robustissima e di forma erculea il quale, per una violenta colica infiammatoria da quattro giorni refrattaria ad un ben inteso metodo di cura, era in imminente pericolo della vita per l' acerbità dei dolori associati ad intercorrenti gravissimi spasmi come tetanici. Dopo dodici minuti dall' introduzione dell' oppio nell' uretra dormì egli un sonno di due ore. Non appena svegliatosi, i dolori si manifestarono di nuovo, ma furono pure di nuovo prontamente sopiti con il medesimo oppio nell' uretra. Brevemente, per trent'ore circa si continuò su il medesimo andare cioè ricorrendo all' oppio introdotto nell' uretra ogni volta che si ridestavano i dolori, e ciò sempre con uguale vantaggio. Frattanto che era in cotale guisa ammansito l' elemento nervoso o doloroso del male, con reiterati salassi e con altri mezzi antiflogistici scemò pure così fattamente il suo elemento idraulico che, passato ogni pericolo, potè egli avviarsi ad una buona ed anche pronta guarigione.

Ai giorni prossimamente passati sono stato chiamato a consulto con il Dottore Perrone per una Suora della carità di buon' età, di forte costituzione e di temperamento bilioso-sanguigno la quale, per un' infiammazione del colon discendente diffusa al peritoneo ed alla vescica contro a cui erano stati impotenti dieci salassi, era su il finire del secondo giorno dall' ingresso del male in così grave pericolo che quasi disperavamo di salvarla. Dopo mezz' ora dall' introduzione dell' oppio nell' uretra si calmò il fierissimo dolore addominale, cessò lo spasmo vescicale e l' orina in prima soppressa cominciò a fluire. L' infiammazione s' è dopo ciò diffusa alle rimanenti parti del peritoneo, compresa la porzione che copre i reni, massimamente il destro, si rinnovò l' iscuria e si

Io ho felicemente adoperato quel mezzo in più altri casi d'affezioni dolorose o spasmodiche, ma ommetto di parlarne per la ragione che lo sperimento non è stato sufficientemente reiterato perchè io sia in grado di pronunziar un sicuro giudizio. È mio intendimento ritentare le prove e sottoporre poi alla considerazione de' Pratici i risultamenti, quali essi saranno per succedere.

Non credo inutile toccare per passo che la dose dell'oppio stato per me ad ogni volta introdotto nell'uretra non fu mai minore di due grani e maggiore di sei e che, introdotto nell'uretra oppure nella vescica, il farmaco manifestò la stessa virtù e fu in ambo i casi seguito da effetti uguali per grado e per prontezza (1)

Io non debbo dare fine al mio dire senza prevenir e senza sciogliere un'obbiezione che può per avventura essere fatta ai pensamenti che vengo di dichiarare. *Cui bono,* dirà alcuno, prescrivere il narcotismo per la via dell'uretra, mentre lo stesso effetto è ottenibile con l'oppio applicato alla pelle per metodo endermico od introdotto nello stomaco oppure nell'intestino retto? Al che rispondo non poter io nel mio concetto menare buona cotesta obbiezione, e ciò per le seguenti ragioni; così numerose sono le potenze le quali fanno quaggiù insidia alla fragile vita dell'uomo che il far entrare nel dominio dell'Arte un'arma di più per rintuzzarle è da reputarsi cosa utile e lodevole anzichè oziosa e spregevole. Aggiungo non aver io osservato dopo l'azione dell'oppio su l'uretra nè quella ostinata stitichezza, nè

dovette continuare nel metodo antiflogistico positivo e negativo; ma in mezzo a tutto ciò più non ricomparvero que' fierissimi incomportabili dolori colici di prima e l'ammalata potè entrare in una buona convalescenza.

(1) *Il Lettore ha già avuta occasione d'accorgersi che la maggiore parte delle osservazioni di cui ho sopra parlato, versano sopra ammalati di sesso mascolino e debbo qui notare che ho in genere osservati nelle donne più tardivi e meno vistosi i sintomi del narcotismo dall'oppio introdotto nell'uretra.*

quell' irritazione delle vie digerenti, nè quel grave e non sempre innocente narcotismo che sogliono tenere dietro all' oppio portato in contatto con la mucosa del canale cibario: un narcotismo moderato, di breve durata e sempre innocente, non che un fuggevole e sovente appena avvertito cociore d' orina, ecco a che cosa, a che poco di cosa vid' io sempre ridotti gl' effetti dell' oppio introdotto nell' uretra. Aggiungo inoltre che dovendo porre riparo ad un' affezione dolorosa o spasmodica delle vie orinarie, l' uretra offre per avventura al farmaco una via di medicazione più appropriata e più diretta che non la pelle e la mucosa gastro-enterica. Aggiungo ancora che, sebbene a prima giunta disguisata maniera di medicazione sembri quella d' introdurre l' oppio nell' uretra, pure chi bene consideri le cose più in là della loro corteccia debbe reputarla quale una medicazione più naturale che non quella per metodo endermico nel quale una dolorosa escoriazione è ne' più de' casi *conditio sine qua non* dell' azione del rimedio. Sopraggiungo in fine che ne' casi d' ernie strozzate, di coliche, di volvolo è sempre bene tollerato l' oppio dall' uretra ed in quella vece d' ordinario prontamente ricacciato dal canale cibario; il che vid' io più volte e può facilmente immaginarsi chiunque non ignora che in quel genere di mali sollevato al più alto grado d' orgasmo e d' intolleranza è per solito il poc' anzi detto canale (A). Estratto dal Volume 1.º degl'*Atti della Società Medico-Chirurgica* di Torino.

(A) Da venti e più giorni vedo insieme con il Dottore Minassi un ammalato, su i 36 anni, tocco d'affezione scirro-cancerosa del ventricolo e, second'ogni probabilità, anche del piloro, ridotto, pel continuo ed inveterato vomito, alla condizione d'una mummia e tormentato da soffrenze insoffribili. L'oppio per bocca non fu tollerato, per metodo endermico riescì di nissun utile e per clisteri di poco sollievo. S'ebbe ricorso alla sua introduzione nell'uretra, ripetuta quattro o cinque volte nel giorno, e ciò con tanto frutto che ad ogni volta s'è sempre ottenuta la cessazione de' dolori ed il sonno d'alcune ore: tanto che l'ammalato il quale in questo mezzo ripone tutta la sua speranza di sollievo, ebbe più volte a dirci che nel già lungo corso del suo male da nissun altro rimedio conseguì egli mai un così pronto e così utile effetto come da questo.

DISCORSO

Pronunziato dal P. C. Riberi *nell' apertura all' adunanza pubblica tenuta dalla Società Medico-Chirurgica ai 12 di febbraio 1846.*

Non so s' io m' appongo, ma fo ragione che un po' di maraviglia vada sempre unito a quel giusto e seducente sentimento di compiacenza che prova ciascheduno di noi, Onorevolissimi Colleghi, ogni volta che s' apre questa pubblica adunanza a cui per voto vostro ho io in quest' oggi l' onore di presiedere. E ragionevolmente, come non maravigliarsi che il Piemonte il quale va nelle Scienze e nelle Lettere glorioso di tanti illustri Personaggi per cui ci sentiamo commossi ad altissima ammirazione e che diede nelle Mediche discipline la culla ad un Bertrandi di senno e di mano ottimo ugualmente, ad un Cigna, uno de' tre illustri fondatori della Reale Accademia delle Scienze, ad un Malacarne, ad un Rolando, ugualmente celebri per chiarezza di quell' alta fama che hanno di se levata e pei segreti che seppero strappar alla natura, per tacere d' una buona mano d' altri preclari ingegni e privilegiati i quali svolgendo con calore gl' elementi del genio che in loro pose natura si

sottrassero all' obblio, come, dico, non maravigliarsi che il Piemonte sia stato fin ai nostri tempi in aspetto d' una Società Ippocratica per cui mezzo si restringessero vieppiù i vincoli di fratellanza, s' agevolasse il commercio delle idee e più facile si rendesse e più pronta la diffusione dei progressi che tuttodì s' effettuano nella Scienza? Pure già da gran tempo l' Alemagna, la Francia, l' Inghilterra, la Scozia e fino la novella Russia vantavan Accademie, possedevano Società Mediche. Era ormai per troppi esempii dimostra l' utilità che recavan all' Arte nostra le sì fatte Instituzioni sapientemente ordinate, assennatamente travagliative e con grandigia giovate dal patrocinio dei Governi. Sapevasi da tutti e fu visto sempre nelle Arti, nelle Scienze e nelle Lettere, non altrimente che in ogni ramo d' industria e di commercio, l' unione, l' intesa ed il conserto armonico delle idee e delle forze essere, non che certo ed oltrepossente mezzo, fontale causa ed indeffettibile di civiltà, di progresso, di miglioramento, di grandezza. In mezzo a queste e ad altrettali verità provate a rigore di calcolo sentivasi presso di noi altamente il bisogno d' una Società Ippocratica, ma era fatale che, quale siane stata la cagione, mancasse un' ardito ingegno capace di colorire un così utile disegno e la Società Ippocratica rimanesse fin ai nostri dì uno sterile desiderio, un' astrattezza e che a noi disanimati e sconfortati corresse il doloroso obbligo di spatriare i più de' prodotti del nostro intelletto.

Ora però in tanto progresso di civiltà, con tanto ardore di studii e sotto gl' auspizii d' un Principe il quale con quella indole benefattiva che è tutta sua facendo camminare di pari passo e con vero vincolo logico il miglioramento materiale de' suoi popoli e la civiltà morale ed intellettuale che ne forma la gloria, è perciò di sì efficace patrocinio liberale alle Scienze, alle Lettere e ad ogni utile cultura, questa lacuna doveva cessare. E già vedevasi sorgere a splendidi incrementi la Reale Accademia delle Scienze ed insignita del nome sovrano nascere l' Accademia delle Arti belle e promoversi con ogni maniera di favori e di premii lo studio delle cose patrie ed aprirsi a scuola della Pie-

montese gioventù ed all' ammirazione dello straniero la regale Pinacoteca e tra pochi anni in fama de' primi d' Europa salire i nostri Musei d' antichità Egiziana e di Storia naturale e finalmente cominciare pur una volta la riforma di quell' ordinazione che dirompeva in due parti monche ed eunuche la nostra Facoltà.

In questo novello ed utile indirizzo di cose e d' idee balzò vieppiù agl' occhi la necessità d' un vincolo d' unione fra i Cultori della Medica Scienza fin là disgiunti. E rampollò in molti di noi il pensiero d' una Società Medico-Chirurgica diretta al fine primamente d' alzare un vessillo intorno a cui si rannodassero tanti sagaci ingegni nazionali ormai svogliati della straniera dipendenza e secondamente di far albeggiar un' aurora novella promovendo al possibile con il mezzo de' frequenti colloquii, delle imparziali critiche, dell' armonico intreccio della speculazione con la pratica e della periodica stampa la fratellanza, lo studio, la dignità ed il progresso delle Mediche discipline, tutte fontalmente procreate ad un parto e state solo innaturalmente induate. Discipline che per forza di logica, profondità di concetti, nobiltà di fine, bontà pratica ed efficacia d' utili risultamenti riscossero il rispetto de' secoli e delle nazioni, e primeggiano fra le prime, avendo per uffizio, non meno lo studio della creatura sopreccellente, voglio dire dell' uomo e delle sue azioni, che quello di tutelargli la sanità e la vita. Discipline che per ciò appunto che sono cotanto gravi, estese, serie e difficili tra le difficilissime, non si sa per quale destino siano sovente il ludibrio de' scioli e de' pancaccieri che di loro intendendosi quanto i paralitici del movimento, l' opinione che si fanno delle medesime è quella che Dio vuole; mentre tant' altre discipline d' un portato di lunga mano più facile sono solamente soggette al giudizio degl' intelligenti.

Tant'è: umiliato quel pensiero alla sapienza sovrana, si degnò Ella annuire prontamente al pio desiderio e la Società Medico-Chirurgica fu costituita e da noi accettata con cuore largo e con il maggiore trasporto d' ammirazione e di gratitudine.

E qui errerebbe con grandissimo errore chi pensasse ch' io

trasmodassi nel soverchio proclamando altamente che la nostra Società fino dai primi albori e più sempre in questi suoi tre anni di vita s' annunziò con tali auspizii e diede di se tali saggi che le portendono con non fallibile augurio compiuta evoluzione, chiara fama e ben lontano avvenire. Voi vedeste, Onorevolissimi Colleghi, com'in breve tempo i vostri seggi siano stati dai più chiari nomi del Piemonte coperti, com' i dotti Piemontesi ed i più illustri Personaggi delle straniere nazioni abbian avuto ad onoranza l'esser ascritti alla nostra Società; come Memorie, Opere e Giornali le siano pervenuti in dono ed omaggio dai Scienziati e dalle Accademie; com' il giornale della nostra Società siasi tosto levato in nominanza non solo nel Piemonte ma in quasi tutta Europa, e com' in fine, ad onta della comunale opinione che gl' articoli de' Giornali siano, a guisa delle foglie cadute dagli alberi che un soffio di vento disperde, condannati nel loro nascere alle officine de' droghieri, questo implacabile Acheronte de' cattivi libri e papaverici, i fatti nel nostro Giornale travasati siano stati accolti con premura, discussi con riverenza e ripubblicati con encomii.

Nè frattanto quelli fra i Colleghi nostri delle Provincie che sono naturati al bello ed all' utile, si rimasero spettatori indifferenti de' nostri conati; ma spinti anch' eglino dal moto d' impulsione entraron animosi nell' ubertoso campo che loro si disserrava e non perdonando a fatica, a diligenza, a tempo ed a cure diedero ad ora ad ora buon saggio di se concorrendo con l' invio di scientifiche lucubrazioni e con la comunicazione di casi pratici ad arrichire la messe del nostro campo. La quale cosa non vale ch'io dica quanto bene collimi con un altro de'precipui fini che la nostra Società si ha proposto con il mezzo della stampa periodica, ciò è di svelare alle estranee genti quale sia lo spirito ed il filo regolativo delle nostre dottrine Scientifico-Mediche e d' aprire presso di noi un' arena in cui l' attuale generazione cotanto infervorata allo studio ed accesa da bella fiamma d' emulazione potesse far alla libera le sue prove e gareggiare con zelo filantropico ed infaticabile pei progresi dell' Arte.

Ma un frutto più evidente della nostra Società e della nuova direzione degli studii Medici gli è la scossa che subitamente si comunicò ai nostri Confratelli delle Regie Armate. Veramente per nulla disinfingere e riandando le cose da lungo corso, il Corpo Sanitario-Militare era, in ordine a pubblicazioni scientifiche, quasi estraneo alle vicende Mediche di questa Contrada. Ma appena nacque la Società Medico-Chirurgica, appena usciron in luce le pubblicazioni del suo giornale, fu incredibile l'ardore con che entrò a parte del nuovo moto e delle recenti instituzioni. E qui la giustizia, non meno che una forza segreta, una dolce propensione ch' io punto non dissimulo e che ritrae dall' entratura ch' io ho nel Corpo Sanitario-Militare, vogliono ch'io dica non già debitamente ma con brevità veramente somma e senza iperboleggiare, quante difficoltà e quanti contrattempi d'ogni maniera s'attraversavano a questo suo nobile divisamento. Poichè ed età avanzata per molti e vincoli di famiglia e disuso di studii scolastici ed improntitudini di viaggi e dispendii considerevoli doveva affrontare per mettersi all' altezza della novella educazione Ippocratica. Ma vedendo più lungi del proprio utile, tutto con coraggio e perseveranza affrontò, tutto superò ed a quest' ora quasi tutto il Corpo Sanitario-Militare è insignito della doppia Laurea della Facoltà. E frattanto in questo mezzo tempo taluni o più provetti di studii o di più gagliarda natura e di più fecondo ingegno tentarono le proprie forze, cimentaron il pubblico giudizio e consegnarono belle e bene pensate pagine al nostro Giornale.

E giacchè m'è acconcio, Rispettabilissimi Signori, incorrerei la taccia d' ingratitudine se lasciassi nella penna tale cosa che è per noi bel segno d'onoranza reso alla Società e che al Corpo Sanitario Militare debb' esser efficace stimolo per battere con perseveranza di studii e con tenacità di proposito la via in cui è con tanto ardore entrato e con tante speranze. Dirò dunque, l' alto Personaggio che regge con supremo consiglio le cose militari del nostro Piemonte persuaso della necessità d' un buon Corpo Sanitario nelle Regie Armate e bene determinato a pro-

moverne l' istruzione con ogni guisa di conforti e di mezzi, aver ultimamente provvisto che tutti gli Spedali militari Divisionarii e le Reggimentali Infermerie avesser ad essere fornite del Giornale della nostra Società (A).

Lode sia dunque, per tornare dove lasciavamo, a questa generazione d'animosi nostri Confratelli che pur una volta compresero l' alta missione che loro affidava la Patria, missione di scienza, di virtù e di coraggio. Dico anche *coraggio* perchè, se negl' ozii della pace hanno l' incessabile uffizio di preteggere la sanità delle milizie, alle volte con danno della propria, di curare i morbi che la travagliano, di vegliare alla salubrità delle stanze che occupano, quando vengono poi i dì delle battaglie non v' ha ostacolo che li trattenga, non rischio a cui non s' espongano per compier i sacri doveri onde la Patria gl' onorò quando li fece custodi della sanità e della vita de'suoi difensori e, se le mie parole non tradiscono il mio pensiero, quasi rappresentanti diretti della per lo più lontana e sempre dolente sua carità. Compartecipi eglin allora, se non degl'allori, di tutti i pericoli di questi ultimi tra i malaugurati odii dei popoli, nelle terribili tenzoni dei Governi, in mezzo al furore delle battaglie, non vedono in tanta strage che un fratello in pericolo, un infelice che soffre, una vittima da strappare alla

(A) Le condizioni del Corpo Sanitario-Militare furono, è poco tempo, assai migliorate: aumento di stipendii e di lustro; le due categorie Medica e Chirurgica unificate, epperciò unità, semplicità, prontezza ed ordine nel servizio; istituzione d'esercizii pratici su il cadavere, d'un corso d'insegnamento su le materie speciali del servizio e di conferenze scientifiche periodiche, arra d'armonia, di zelo, d'emulazione e di mutua istruzione fra gl' Uffiziali di Sanità, epperciò di cessazione delle passate lunghe gelosie; un'uniformità di carriera; compartecipazione attiva di tutti gl' Uffiziali di sanità al servizio, epperciò ripartizione di malleveria su tutti; per tutti alterna istruzione pratica delle malattie così dette Mediche e delle malattie così dette Chirurgiche, ecc.: ecco in digrosso i principali miglioramenti di recente introdotti nel Corpo Sanitario-Militare presso di noi.

morte, un Cittadino da salvare alla Patria e senza distinzione d'amico o di nemico, Sacerdoti d'umanità e simboli di pace fra tanta foga accorrono solleciti e con inquieto trasporto attraverso de' più micidiali stromenti di morte recando al ferito ed al moribondo o i soccorsi dell' Arte o gl'addii d'un amico. Vive tuttora e non perirà giammai il venerando nome di colui che fu cotanto caro all' immortale prigioniero di Sant' Elena voglio dire di Larrey, non che quello di Ribes, di Graefe, di Guthrie e di tanti altri luminari della Medicina militare che di tanta gloria s'incoronarono nelle ultime guerre d'Europa; gloria pura ed invidiata perchè non maculata dal sangue delle battaglie, ma santificata dal culto della Scienza e dall' amore dell' uomo.

Così fatto è in digrosso e non punto rifiorito il ragguaglio dei frutti che partorì la nostra Società ne' suoi primi principii e sono tali che, ogni cosa ragguagliata senza giattanza e senz'involtura, possiam andarne superbi e dobbiamo prenderne incitamento a conati e speranze maggiori. E i nostri conati e le nostre speranze ho fede che riesciranno nella seguenza del tempo a splendida e gloriosa meta, perchè, salda nell' irrefragabile verità che le umane passioni non altro sono fuorchè il veicolo dell' errore e si spengono con i contemporanei, mentre le sole azioni passano vive al Tribunale della posterità, guardasi la Società nostra con iscrupolo da quegli scogli in cui rompendo le Instituzioni scientifiche, rimangon infeconde o di pochissima portatura e vanno su la scesa. Non la vedo in fatti intinta di quello spirito d'intolleranza proprio delle traligne associazioni scientifiche di cui il portato logico è, pregiando con superlativo ed esclusivo rapimento quanto appartiene ai loro membri, di sfatare o di tenere come un fuordopera quant' è d'altrui ed alle volte insino l'altrui in proprio con isvergognati furti convertire. Non la vedo invischiata allo spirito di consorteria, inaccordabile con il buon ordine, eversore d'ogni virtù, guidatore di rovina. Non la vedo postergare la larga e saggia via dell' eclettismo che è in cima de' suoi pensieri al libero scorazzare per sentieruzzi d'idee più o men ingioiellate, ma sempre anguste, sfu-

manti e duttili a pro d' ogni teoria e d' ogni sistema e, vero fogliame senza frutto, destituite di fecondità scientifica. Non la vedo spargersi in ispeciosi concettuzzi e stonanti, in seducenti analogie, in inutili e morte controversie, in frasi lucanesche, in dottrinali astruserie, in scolastici trastulli od in generalità vaghe ed imprecise che o sono in aperto cozzo co' fatti, od eccedono la sperienza del senso, o non combaciano alla naturale apprensiva dell' uomo. Non la vedo aggiustare a chiusi occhi fede a quelle tante e cotanto spampanate novità nell' Arte di guarire, le quali, a vicenda succedendosi e scavalcandosi, per ciò appunto che oliscono dello strano e dello straordinario cotanto piacciono ai non intendenti e sono pur talvolta, cosa dura a dirsi, vergognosamente usufruttate dal volgo medico; chè la Medicina ha anch' essa il suo volgo tenerissimo di sofistichezze e d' opinioni strambellate.

La vedo all' incontro rimaner attonita all' audacia ed ai vaneggiamenti della più vanitosa vanità di coloro che, spinti da sbrigliata ed irrompente fantasia e da una sconfinata cupidigia di gloria, travalicaron e di volta in volta ancora travalicano a tanto di pazzia da credere che la Scienza debba essere del tutto spodestata, esautorata del tutto e che abbiasi a rifar insino dall' uovo il suo magisterio; ma scorgo in quella vece ciascheduno de' suoi Socii sfruttare, svecchiare, rallargare, perfezionare le cognizioni che ci vennero da coloro che salutiamo Maestri della Scienza e far ad un tempo conati per portar una nuova pietra all' edifizio a cui quelli gettarono solidi fondamenti. La vedo premere con assegnatezza la via dei fatti veri e non adulterini, i quali soli hanno un' autorità irrefragabile e non lasciano luogo a cavillare come gl' argomenti, le teorie, le ipotesi, le opinioni, i sistemi immaginati da fervide menti nel più perfetto silenzio del gabinetto, in cui stanno alla mescolata i principii i più opposti; specie di gora in cui le menti svaporate pescano poi tutto quello che meglio consuona alle loro preconcepite opinioni. La vedo di volta in volta scandagliare con la rispettosa imparzialità che la Scienza comanda

e la cortesia consente, alcuni errori di cui già lunga è la radice per ciò che il nome di sperienza che hanno a scudo gli pose in salvo da ogni squittinio. Vedo che esclude con gelosa sollecitudine dal Giornale che è quasi l' eco fedele del suo spirito ogni specie di riempitura e di borra ed ogni argomento scritto con istile slavato, svaporato, smascolinato, scorretto, conscia qual è che nulla è più di ciò per mandar in dichino la fortuna dei libri. Brevemente, escluse le inani attillature, le preoccupazioni dell'animo, le pertinaci controversie, le garrule inezie, il fasto scientifico, le gelosie di puntiglio, le piacenterie, le inframettenze, le rivalità, le pretensioni al sovreggiar ed all' imperiare, io ritrovo nella Società nostra, non che elementati, già inviscerati tutti i veri vantaggi delle Instituzioni Accademiche, la tranquillità e la serietà nelle disputazioni sovente ispide di difficoltà, la prudenza nel deliberare, vigore, imparzialità e ponderazione nel decidere, un' incessante attività e soprattutto l' amore del vero e dell' utile pratico e sociale, stella condottiera delle ricerche e meta degli sforzi di tutti. Ed una bella prova che vale per molte di quest' amore del vero e dell' utile io loderò la filantropia dell' onorevole Collega che si recò a propor un premio per la memoria giudicata la migliore dalla Società sopra un argomento di Patologia, il quale lascia ancora in tanta incertezza la Scienza e che pur è di tanto vivo interesse per l' uomo.

E così Dio conceda lunga vita a tutti noi e faccia che non abbiamo sì tosto a lamentar alcun' altra di quelle perdite che, facendo arretrare spaventato il pensiero, vi pigliano l'animo di profonda mestizia e d' un' inesprimibile inquietudine noiosissima che troppo fu grave ed è recente e dura a sostenersi quella che facemmo dell' illustre Collega mancato alla nostra Società così immaturamente ed in un modo cotanto impensato e lagrimevole. E qui quegli di cui parlo ed il quale, anche avanti che sia da me nominato, fia da ognun di voi presagito, è il benemerito Lorenzo Martini, quel fiore di dottrina e di modestia ch' io ed i più di noi avemmo a Maestro in prima e poi a Col-

lega e di cui il solo nome si soprappone ad ogni mia lode. Ma se dall' urna che da noi ti disgiunge ancora ti toccano le terrene cose, ti consoli Lorenzo Martini il pensiero che il sentimento dell' amicizia ti ha rapito alla morte e ti fa vivere nel cuore e nella memoria di noi tutti che continuiamo a salutarti con il tributo dell' ammirazione dovuta al merito.

I giorni che Dio ne accorda noi vogliamo spenderli tutti a pro della Scienza, in vantaggio dell' uomo : a ciò solo tendono le nostre volontà, aspirano i nostri cuori.

E stimolo fortissimo alle nostre volontà, carissimo ai nostri cuori debb' essere la coscienza dell' alto pregio in che tiene la sapienza del Re Carlo Alberto la nascente nostra Società. Io per me non ho parole per esprimere l' altissima gratitudine che entrò nei nostri petti pel nuovo atto di munificenza onde volle gratificar ed onorar i nostri sforzi , incoraggiare le nostre speranze, dotando la Società Medico-Chirurgica d' un annuo censo veramente regale (Estratto dal volume secondo degl' *Atti della Reale Accademia Medico-Chirurgica* di Torino).

Non contento il Re, nostro Signore, di beneficare cotesta Società volle, mi sia lecita l' espressione, soprabeneficarla ordinando che d' or innanzi la Società Medico-Chirurgica sia insignita dell' onorevole onorevolissimo titolo d' Accademia Reale Medico-Chirurgica di Torino. Son io lietissimo di poter il primo annunziar al Piemonte quest' evento pieno d' utili sequele agl' occhi di chi sa antiprendere l' avvenire ed annovero questo giorno fra i più belli della mia vita (A).

(A) Questo lieto ed inaspettato annunzio che, non appena ultimato il mio discorso d' apertura, io diedi alla Società e ad un numeroso pubblico da cui fu accolto con lunghi applausi , è stato preceduto da alcune circostanze che tornan a grande lode del magnanimo Re Carlo Alberto del quale la preziosa sanità era da lunghi anni alla mia vigilanza affidata ed a cui ebbi ad ultimo l' inenarrabile cordoglio di chiudere le palpebre nella generosa città d'Oporto. Rappresentandogli io nella mattina stessa del giorno in cui doveva avere luogo l' adunanza pubblica della Società il lustro e l'utile che

sarebbe derivato al Piemonte per l' Instituzione d' un' Accademia Medico-Chirurgica da tanti lustri desiderata in vano, mi diede il Magnanimo Re questa precisa ed amorevole risposta: « Ella sa ch' io non ho alcun altro scopo nella mia vita fuorchè quello di fare qualche poco di bene. Dicendomi Ella che è un bene cotesto pel paese, è mio desiderio che si faccia, eppereiò le do l' incarico di parlarne subito con il Ministro dell' Interno e poi, ancorchè non n' abbia prima della seduta pubblica la notizia ufficiale, le do la facoltà d' annunziare alla Società ch' io ho voluto, anzi che ho voluto con calore e con soddisfazione l' Instituzione della Reale Accademia Medico-Chirurgica di Torino ». Se non che con quell' alto senno e con quel vero amore patrio che inspiravano tutte le sue azioni, il Ministro dell' Interno d' allora, il benemerito Cavaliere Des Ambrois, il quale aveva alcuni giorni prima accolta con molta benevolenza la preghiera statagli per ciò innoltrata da una commissione Medica di cui io faceva parte, così bene secondò la rapida ed efficace volontà del Re che mi fece alcuni minuti prima della citata pubblica seduta pervenire la fausta notizia ufficiale dell' Instituzione dell' Accademia Medico-Chirurgica di Torino.



DUE OSSERVAZIONI

di tetano traumatico guarito con l' eterizzazione

delle quali una scritta

dal Dottore Lorenzo Bruno

Chirurgo-Assistente alle Cliniche Chirurgiche

dell' Ospedale di S. Gioanni ,

Ripetitore nel Collegio delle Provincie.

Valentino Cortesi, d' anni 26, robusto contadino, di temperamento sanguigno-bilioso, nel mattino del 17 di dicembre del-anno 1848 ritornando da caccia volle spingere il fucile sotto l' uscio di casa onde non essere visto con esso entrandovi : mentre con il piede destro appuntato su la bocca del medesimo tentava di riescire in questo suo intento , l' arma scattò non si sa come e non monta sapere per qual cagione, ed ebbe tutta la pianta del piede attraversata orizzontalmente dal colpo alla altezza delle articolazioni metatarso-falangee. Nello stesso giorno era ricoverato in questo Spedale al N. 68 nella Clinica del Professore Commendatore Riberi.

A malgrado che il fucile fosse caricato a migliarola , attesa la vicinanza massima da cui il colpo era partito, la ferita offriva un foro d' entrata unico , frangiato , del diametro di sette ad otto linee, appena al di dietro dell' articolazione metatarso-falangea del pollice, con contorni nerastri per la scottatura su–

perficiale della pelle, ed un foro d' uscita di dimensioni presso a poco uguali in corrispondenza della giuntura metatarso-falangea del mignolo sul lato esterno del piede. Dal lato interno, dove il foro d' entrata era un po' più verso la pianta del piede, scorgevasi in fondo alla ferita il tendine del flessore lungo del pollice denudato ed in parte lacerato : la direzione poi del tragetto lasciava fondato sospetto che anche gl' altri flessori non fossero stati risparmiati.

Alcuni rimasugli della stoppa che aveva servito a caricare l' arma furon estratti ; quindi si medicò la ferita il più blandamente possibile con poche listerelle emplastiche, sostenendo e riavvicinando leggiermente le parti superficiali alle profonde della ferita, mettendo il membro nella immobilità mediante un semicanale ed applicando su il membro vesciche piene di ghiaccio pesto.

Cinque salassi generali, dieta rigorosa e bevande diluenti frenavan in quattro o cinque giorni la febbre, mitigavan i dolori al piede ; quindi con le fomentazioni emollienti tutta la superficie della ferita coprivasi di buona suppurazione e nel settimo, ottavo, nono e decimo giorno pochissima essendo la febbre e la gonfiezza locale, distaccavansi successivamente tutte le quisquiglie dei tessuti mortificati. Però l' infiammazione facevasi strada attraverso del terzo e quarto osso del metatarso ed un ascesso formavasi su il dorso del piede che fu aperto.

Tutto pareva volger al bene, quando al dodicesimo giorno essendosi sfogliato per intiero il tendine del flessore lungo del pollice, l' ammalato cominciò a risentir in questo dito un dolore acutissimo, precursore e compagno d' una violenta estensione del medesimo, intermittente ad assai lunghi intervalli nel suo principio, quindi resosi in tre o quattro giorni permanente. Se si cercava di fletterlo il dolore diventava straziante ed una contrazione spasmodica fortissima si propagava all' estensore di esso, al tibiale anteriore ed in parte anche all' estensore comune. La febbre riaccendevasi gagliarda e combattevasi con altri sei salassi, mentre su il membro s' applicavano fomentazioni torpenti.

L'ammalato inquietissimo, a malgrado della vigilanza, alzavasi di tanto in tanto a sedere su il letto e pareva trovare refrigerio nella positura flessa di tutto il corpo, ma ciò non durava: chè ai quattro di gennaio osservavasi una contrazione spasmodica dei muscoli posteriori superficiali della gamba, che ci obbligava rinunziar alla posizione del membro conservata sin allora per adottare, come sola possibile, la semiflessione. Nel giorno successivo anche i muscoli posteriori della coscia ed i retti addominali cominciavan ad irrigidirsi e il trismo si dichiarava: la ferita frattanto impallidiva e non separava più che scarsissima suppurazione quasi fluida.

In presenza di sì terribile malattia, dopochè nel primo giorno erasi dato il laudano liquido alla dose d'una dramma, incoraggiato il Professore Riberi dal felice successo che in un caso analogo aveva ottenuto il Dottore Pertusio, felice successo di cui avevasi un caso anche nella vicina Francia, si decise a provare le ispirazioni eteree, e ciò nel giorno cinque di gennaio. Quattro inspirazioni di sette ad otto minuti per ciascheduna valsero ogni volta a calmar evidentissimamente le contrazioni e ad indur in tutta l'economia un sentimento indefinibile di ben essere che conciliava all'ammalato qualche mezz'ora di sonno. Continuavasi nello stesso tempo il laudano alla stessa dose e medicavasi la ferita con unguento refrigerante, a cui s'aggiungevano per ciascuna dramma due grani d'acetato di morfina. Negl'intervalli della calma procurata dall'etere, ritornavano fierissime le contrazioni che nei giorni successivi estendevansi ai muscoli della parte posteriore del tronco, aumentando gradatamente la rigidezza universale e più di tutto la difficoltà nell'aprire la bocca sin al giorno dodici di gennaio, settimo dall'evoluzione del tetano.

In tutto questo frattempo le ispirazioni eteree desiderate ardentemente dall'ammalato furono ripetute cinque o sei volte al giorno e sempre recaron un po' di tregua alle contrazioni e di requie all'infermo che non ne soffriva del resto menomamente nè ai bronchi nè altrove. Il laudano fu aumentato fin alla dose

di *mezz' oncia* al giorno ed all' unguento superiormente accennato con cui medicavasi la ferita s' aggiunse un linimento fatto con un' oncia d' olio di mandorle dolci e dieci grani d' acetato di morfina, con cui tre o quattro volte al giorno inungevasi tutto il membro inferiore. A questo punto il morbo cominciò a decrescer ed a gradi a gradi lentissimamente volse a sanazione che non fu però compiuta fuorchè su il finire del mese.

Le inspirazioni s' erano continuate ancora per dieci giorni diminuendone progressivamente il numero e la durata. L' abitudine già presa dall' ammalato ne attenuava l' azione ipnotica senza distrugger il buon effetto che sempre s' otteneva nel diminuire i parossismi e nel calmar i dolori. Vero è che continuaronsi contemporaneamente anche gl' altri presidii superiormente indicati diminuendo la dose del laudano sin ad uno scrupolo al giorno. In tutto il decorso del tetano l' ammalato non ebbe che pochissima febbre : l' intelligenza, come succede quasi sempre, si mantenne lucida : la stitichezza fu combattuta con i clisterii. La ferita ricominciò di nuovo a suppurare in maggiore copia, il tendine flessore dell' indice si sfogliò anche esso, due o tre piccole schegge ossee si distaccarono dai due primi metatarsei e quindi bel bello tutto si chiuse. Verso il giorno 20 di febbraio la cicatrice era perfetta. Rimase tuttavia una contrattura permanente del pollice flesso quasi sul dorso del piede, a cui non si potè oppor alcun rimedio, giacchè cercando di piegar il dito si ridestava il dolore lungo l' estensore e non era prudenza a così piccola distanza da una tremenda complicazione esporsi a risvegliare di nuovo qualche malanno. L' ammalato rimpatriava ai 30 di marzo.

Questo caso parmi per se stesso abbastanza eloquente perchè io creda pressochè inutile ogni riflessione in proposito. L' efficacia in esso delle inspirazioni eteree per me che vidi costantemente dopo ciascuna d' esse e soltanto dopo d' esse sottentrar alle strazianti contrazioni dei muscoli uno stato di calma confortatrice è posta fuori di dubbio : ma capisco però come si possano mover obbiezioni per niegarla o scemarla, o tutt' al-

meno per ritenerla come non provata e stimo non del tutto inutile l' aggiungere poche parole d' anticipata risposta.

E per cominciare dalla più grave, mi si dirà come questa mia osservazione non provi per nulla che il tetano sia stato guarito mercè delle inspirazioni eteree, attesochè s' amministrava contemporaneamente un altro farmaco potentissimo e ad alte dosi, mercè del quale le molte volte i più rinomati Cultori dell' Arte nostra aveano potuto senz' il soccorso d' altri compensi terapeutici venir a capo di guarir una sì terribile malattia.

Quest' obbiezione faceva il Signore Dottore Demarchi al Signore Dottore Pertusio nell' adunanza dell' Accademia Medico-Chirurgica (9 aprile 1847) nell' occasione che questi cominciava la storia del suo ammalato e può farsi a tutti i casi conosciuti sinora, giacchè in nessuno de' medesimi, e ciò è naturalissimo, il tetano non è stato combattuto esclusivamente con le inspirazioni.

Le autorità di Hunter, di Percival, dei due Cooper, di Larrey, di Dupuytren e d' altri infiniti i quali fra l' immensa congerie di farmaci sperimentati con maggior o minore vantaggio ritennero l' oppio come uno dei migliori e lo amministrarono ora solo ed a dosi diverse secondo l'ardire di ciascheduno, dosi spinte, se dobbiamo creder a Murray, da un Autore di cui tace il nome sin alla dose enorme di vent' oncie di laudano entro le ventiquattro ore senza che si ottenesse il sopore ; ora unitamente al calomelano (Astley Cooper, Magregor) ; ora alla canfora (Larrey), ecc. ; ora iniettato nelle vene (Dubreuil, Percy e Laurent), provano senza replica la verità della seconda parte dell' obbiezione.

Con tutto ciò quando si consideri come tutti gl' Autori si accordino nel riputare il tetano acuto quale malattia quasi sempre letale, molti riprovino l' uso dell' oppio proclamato da Wendt decisamente nocivo contro il tetano traumatico, altri con l' immortale nostro Borsieri cerchino di raffreddare l' entusiasmo per la sua amministrazione e si levino contro l' abuso che andavasi facendone, *ne temerario ausu, quod sæpe vidimus*, sono sue

parole, *cum morbo ægri vita extinguatur*; quando si consideri come tutte le sostanze dotate d' energica azione siano state sperimentate contro il tetano, s' avranno a mio giudizio prove pur troppo convincenti per ridur al suo giusto valore la benefica azione dell' oppio.

In dieci anni dacchè presto servizio in un grande Spedale ho visti molti casi di tetano e morirne tutti gl' affetti a malgrado che l' oppio fosse stato amministrato ad uguale e più alta dose, e che le traumatiche lesioni dietro a cui erasi sviluppato fossero sovente molto meno gravi di quella osservata nel nostro ammalato. Del resto qualunque sia l' opinione di ciascheduno a questo riguardo, ciò che prova a mio credere positivamente come nel nostro caso ed in quello del Signore Dottore Pertusio, non che in alcuni altri venutici negl' ultimi numeri della *Gazzetta Medica* di Parigi, si è alle inspirazioni eteree che si debbe principalmente la guarigione, è l' alleviamento quasi istantaneo che con il loro mezzo ottenevasi quand' erano più atroci i parossismi dolorosi e le contrazioni muscolari; alleviamento che giungeva, come dissi, a procurare le prime volte qualche momento di sonno e che non s' ebbe mai nè punto nè poco dalle amministrazioni del laudano.

Ho detto *principalmente* in quanto che sono dispostissimo ad ammettere che anche quest' ultimo e la morfina adoperata su la ferita e per metodo endermico su tutto il membro, hanno contribuito al buon esito, quantunque il loro buon effetto sia certamente più difficile a provarsi. Dirò di più, ed in questo avrò senza fallo consenzienti tutti i miei Colleghi, ch' io rinunzierei volentieri a cercare più oltre qual parte possano rivendicare queste due sostanze, quando amministrandole simultaneamente l' Arte nostra fosse di tanto avventurata da ottenere, se non sempre, chè non ardisco quasi sperarlo, sovente almeno il risultamento che qui s'ottenne. Qual è il Medico altronde che in presenza d' un tetanico non ami meglio servirsi di tutti i rimedii aventi un' azione analoga e che possano cooperare allo stesso scopo anzichè fidarsi esclusivamente ad uno per quanto potente esso sia?

Coloro, e fra questi sono uomini distintissimi, i quali credono il tetano conseguenza d'una mielite o noteomielite mi opporranno probabilmente alla loro volta che non è possibile attribuire tanta influenza all'etere quando si sono praticati undici salassi generali e propenderanno a dar a questi ultimi tutto il merito del buon risultamento. Qualunque sia il valore di questa teoria la quale soprattutto per quel che riguarda il tetano traumatico non mi pare che possa regger alla severa e minuta disquisizione dei fatti, è però evidente che nel nostro caso i salassi fatti anteriormente all'evoluzione intiera del tetano non possono ritenersi come causa della sua guarigione a meno che si volesse dire che questi riescirono a mitigare la violenza del morbo nel suo nascimento in siffatta guisa che in seguito la guarigione potè ottenersi con le sole forze della natura, aiutate per taluni dai compensi ulteriormente praticati, per altri forse a malgrado d'essi.

Questa obbiezione che a primo aspetto ha l'apparenza d'essere giusta, perde tutta la sua forza quando si consideri che, a malgrado dei salassi, il tetano, se non in modo acutissimo crebbe però nella prima settimana continuamente in ferocia, a tale che non rimaneva in fine della medesima che ben poca speranza di salute. Bisogna dunque di necessità sapere buon grado alle inspirazioni eteree del successivo miglioramento. E qui accennerò di passaggio come, se per buona sorte novelli fatti venisser a comprovar il buon effetto dell'etere in questa malattia, sarebbe questo un fatto di più che farebbe contro alla ipotesi d'un'infiammazione del midollo spinale siccome sua causa costante.

ALTRO CASO

DI TETANO TRAUMATICO

guarito con l' eterizzazione

In seguito al caso di tetano stato felicemente curato nella Clinica operativa per me diretta e riferito poc' anzi dal Dottore Bruno Chirurgo Assistente alla medesima, stimo cosa opportuna fare menzione d' un altro caso di tetano per me pure con felice successo curato nella pratica civile in concorso con il Dottore Santanera e statomi offerto da uno di quei valorosi che più si distinsero per coraggio nella fatale battaglia di Novara avvenuta ai 23 di marzo 1849. Il Signore Morand, Maggiore nel Corpo dei Bersaglieri, forte e molto robusto per costituzione e per la bella età di 39 anni, mentr' alla testa dei suoi soldati sosteneva l' assalto del nemico, venne colpito da una palla da schioppo alla parte esterna e superiore della coscia sinistra. Il proietto andò perduto fra i muscoli. Cinque o sei giorni dopo il ferito giungevà in Torino non tanto soffrente per la rilevata ferita, quanto per la sventura toccata alla Patria. I disagi del viaggio, la lesione traumatica, l' accoramento, aggiuntovi un forte raffreddamento di corpo a cui dovette esporsi nella notte dei 2 ai 3 d' aprile del citato anno (notte molto umida e fredda per la

continua pioggia che già durava da alcuni giorni) diedero in esso lui ansa al tetano di cui i primi sintomi si manifestarono verso il mezzodì del giorno 3 e crebbero poi repentinamente nelle ore pomeridiane: tantochè l'ammalato visitato dal Dottore Santanera verso le ore sei di sera presentava il quadro sintomatologico seguente: giacitura supina con il capo ricurvo posteriormente: sguardo attonito con occhi fissi e spalancati: rigide le quattro estremità con piccoli ma frequenti tremori convulsivi: molto contratti i muscoli delle regioni laterali e posteriore del collo, non che i masseteri: espressione del volto speciale agli ammalati tocchi di trismo: tesi pur e contratti i muscoli addominali: respirazione breve ed alquanto laboriosa: cuore e carotidi forte pulsanti, polso teso, duro, frequente: calore accresciuto alla pelle altronde umidiccia di sudore: alquanto di spuma biancastra stillante involontariamente dalla bocca: i margini della ferita tumidi con esalazione di poco siero. Interrogato, l'ammalato appena potè e seppe articolar incomprese ed insignificanti parole fra i denti: molto tarde, contrariamente a quanto s'osserva nei tetanici, erano le funzioni mentali. Gli si praticò tosto un salasso dal braccio di libbra: il sangue estratto si coperse di leggiera cotenna. Verso le ore nove, previo un altro piccolo salasso, l'ammalato fu per mio avviso sottoposto all'eterizzazione che si ripetè per cinque volte nel corso della notte ad intervalli d'un'ora. Nella notte stessa gli s'amministrarono, sebbene con grande difficoltà per il ravvicinamento tetanico delle mascelle, dieci gocce circa di laudano liquido del Sydhenam: si praticarono blande unzioni d'olio di mandorle dolci con acetato di morfina su la spina dorsale e s'applicò nei dintorni della ferita una pomata pure con l'acetato di morfina. Al mattino del dì seguente i sintomi tetanici erano come svaniti: i membri non più rigidi e le pareti del ventre cedenti. Ma offrivasi in quella vece una grave congestione apopletica cerebrale rivelata dal sopore continuo, dal polso tardo, dal rosso del volto, dagl'occhi rosseggianti, tuttochè languidi. A questa congestione si provvide con il mezzo dei salassi ripetuti ai piedi

ed alle mani (7 in tutto), con due sanguisugii nel corso delle vene giugolari e finalmente con le coppette tagliate alla nuca. Con questo metodo antiflogistico piuttosto energico, coadiuvato più tardi da blandi eccoprotici, s' ebbe la soddisfazione, la dolce soddisfazione di veder a capo di quattro giorni svanita del tutto la congestione cerebrale. I sintomi tetanici che sì repentinamente cessaron in grazia dell' eterizzazione, non ricomparvero più; così che alli 8 di maggio con il rammarginamento della ferita si conseguì la guarigione totale e perfetta.

Senza perdermi in teorie io lascio che il Lettore si formi di cotesto fatto quell' idea che meglio s' acconcia alle sue vedute scientifiche e sto contento al dire di passo quella ch' io mi ho formata senza pretender ad una implicita credenza alla mia opinione.

Alla mia prima visita m' è paruto che l' ammalato fosse in una condizione irritativo-congestizia di quelle parti dell' asse cerebro - spinale che presiedono alla facoltà locomotrice con principiante congestione sanguigna del cervello, rivelata da allentamento delle facoltà mentali : nel che la presente fattispecie è singolarmente notevole, perocchè si sa per esperienza come nelle affezioni tetaniche si conservin illese le facoltà intellettuali. Per scemare alquanto cotesta condizione morbosa fu avviso a me che si dovesse ancora praticare un salasso e poi subito ricorrer all' eterizzazione la quale era stata cotanto proficua all' ammalato della prima di queste due osservazioni. Ossia l' azione della sostanza oppiata, ossia l' inevitabile esplicazione del male, ovvero, ciò che è più probabile, l' eterizzazione cinque volte ripetuta nella notte e ad ogni volta molto protratta : il fatto è che la congestione cerebrale appena incoata nella sera del giorno precedente, fece rapido passo all' intasamento apopletico per cui si dileguò la rigidezza tetanica. Un' irritazione congestizia maggiore pare sia stata qui il correttivo degl' effetti d' un' irritazione congestizia di minore grado. Dal rapido aumento della congestione sanguigna nacque qui ciò che vediamo cotanto sovente succeder in un modo lento nelle congestioni e

nelle subdole infiammazioni disorganizzatrici dei centri nervosi ed anche delle loro secondarie diramazioni. A chi non è toccato vedere com' alle volte la stessa congestione sanguigna pervertisca, esalti il potere fisiologico di coteste parti oppure lo opprima o sopprima secondochè è incoante o compiuta? Chi non ha talvolta veduto come nel corso d' una congestione sanguigna grave dei centri nervosi o delle secondarie loro diramazioni gli spasmi e le aberrazioni di sensibilità s' avvicendino secondo che, per circostanze esterne od interne, quella cresce o diminuisce? A chi non è talvolta toccato vedere come nel corso d' una lenta infiammazione rovinante per gradi l' organismo di quelle stesse parti l' intormentimento paralitico che traduce al di fuori il guasto di qualche punto del loro segreto organismo alterni con i fenomeni d' esagerata o di pervertita sensibilità e motilità indicanti l' attuale lotta d' altri punti dello stesso organismo contro la flogosi rovinatrice, e questo avvicendarsi non cessare fuorchè dopo compiuto il guasto organico o dopo vinta la flogosi per opera di natura o d' arte?

Io penso pertanto che così appunto e non altrimente sia occorsa la cosa nel caso per me narrato. Nella dolorosa attualità del malaugurato evento della conversione tetanica in congestione apopletica mentr' io m' accingeva in un con il Dottore Santanera a combattere questa con tutta l' energia che le imperiose circostanze comandavano, mi gravava l' animo il timore che potesse per avventura ricomparire la rigidezza tetanica a mano a mano che fosse scomparsa la congestione apopletica e provai una vera soddisfazione vedendo com' il perfetto ristabilimento della sanità sia stato il corollario della cessazione di questa.

Prima di chiudere questa mia brevissima scrittura mi giova dire che forse il modo con cui s' adopera l' eterizzazione nei casi di tetano conferisce non poco al buon successo. Movendo in ciò da quanto vidi mi pare che nel corso della cura la moderata e frequente anestesia dall' etere sia da anteporsi alla compiuta e rara. Forse, e lo ho già sopra notato, nell'ammalato di questa seconda osservazione il passaggio dallo stato tetanico

all' apopletico ebbe per concausa il grado estremo a cui fu spinta l' anestesia. In quella vece nell' ammalato della prima osservazione la cura non fu interrotta da alcun accidente perchè sempre moderato fu il grado d' anestesia e questa sovente riprodotta anche in grazia della seguente circostanza da me allora ignorata. Essendo codest' ammalato accudito da sua moglie e provand' egli ad ogni volta notevole sollievo ai suoi mali, avvenne che alla mia insaputa più volte fra il giorno, talora due volte nella stess' ora, si facesse dalla sua moglie porgere la macchinetta da eterizzazione che era su il tavolo vicino al suo letto e n' usasse, però sempre con moderazione.

Ho fin qui indugiata la pubblicazione di questi due casi per la sola ragione che desiderava rimanere bene certo che la guarigione fosse (come realmente fu) e permanente e scompagnata da alcune sequele attribuibili od alla medicazione od al male, essendo pur troppo frequente che nella fretta di pubblicare casi di guarigioni insolite, talvolta si lascino poi i Lettori nella pericolosa ignoranza d' accidenti che più tardi occorrono (Estratto dal *Giornale della Reale Accademia Medico-Chirurgica*, anno 1850) (A).

(A) Dopo la pubblicazione di questi due casi di tetano guariti con l' eterizzazione il Professore Sachero e il Dottore Colomba videro pure spegnersi con il medesimo mezzo spasmi tetaniformi indipendenti però da causa traumatica, siccome si può leggere nel citato *Giornale della Reale Accademia Medico-Chirurgica* e nella *Gazzetta-Medica Italiana per gli Stati Sardi.*

ALCUNE CONSIDERAZIONI

SU LA PEOTOMIA

con una modificazione alla medesima

Benchè d'ordinario facile, semplice, spedita e fondata sopra principii generalmente abbracciati, la *Peotomia* offre alcuni punti ancora disputabili. Altamente convinto che chi, in vece di metter innanzi un' idea nuova su d' un argomento, tutto ripete, commenta e rimescola l' argomento stesso, non raggiunge lo scopo ch' egli s' ha prefisso d' esser utile per ciò che, l' incre- scimento sottentrando nell' animo del Lettore condannato a riandare cose sapute, può l' idea nuova in queste involuta passare inosservata al suo animo e riescire improduttiva, io non dirò delle cose già note su l' argomento della *Peotomia* cioè non dirò delle malattie di cattiva indole che la richiedono, della loro maggior o minore facilità al riprodursi dopo l' operazione, del vaticinio su gl' esiti della medesima e dei diversi modi di medicare la superstite ferita, ecc. Ma toccherò solamente trasvolando i seguenti punti pratici ancora più o meno quistionevoli, da alcuna delle pur ora dette od analoghe materie nient' altro ritraendo fuorchè quegl' argomenti che valgano a dilucidarli ed

aggiungendo a luogo a luogo le modificazioni che una lunga sperienza mi ha suggerite.

I.

L'uretra recisa può dessa restringersi o chiudersi del tutto?

Discordanti sono qui le opinioni. Alcuni, fra cui Velpeau, non credendo alla possibilità che l'uretra tagliata si chiuda, vogliono trasandata l'introduzione d'un catetere in gomma elastica nella vescica dopo la peotomia, confidando che il solo passaggio dell'orina sia capace di mantener aperta e dilatata l'uretra, fors'anche di promovere la guarigione della sua ferita: mentre i più de' Pratici precettano in contrario e, secondo me, hanno questi l'appoggio della sperienza. Videro di fatto restringersi o chiudersi l'uretra recisa o temevano questa chiusura Guido da Cauliaco, Ledran, Nannoni, Porter, Smyly, ecc. E ciò vid'io pur in un cotale del contado di Torino, stato curato nella Clinica operativa, a cui fu con una falce mozzato l'apice del pene da un'ardita contadina all'onore della quale voleva egli far impudica violenza. Presentossi costui dopo tre mesi dall'accidente alla Clinica per iscuria da chiusura dell'apertura dell'uretra stata recisa. Ciò vidi pur in due altri, stati per me assoggettati alla peotomia, i quali avendo trasandato il precetto per me inculcato nello smetterli dalla Clinica d'introdurre spesso un catetere in gomma elastica nell'uretra, vi fecero ritorno per istringimento dell'apertura dell'uretra e grande stento nell'orinare, uno dopo sei mesi e l'altro dopo un anno dalla sostenuta operazione. Smyly era così convinto della tendenza dell'apertura dell'uretra a chiudersi dopo la peotomia che, per porre a ciò un argine, died'egli il precetto di cucire l'orlo dell'uretra recisa con il lembo integumentale, passandosi in cotale guisa del catetere. Alla quale modificazione operativa ch'egli afferma aver una volta usata con frutto, non fecero buon viso

i Pratici, dappoichè non sorse fin qui alcun imitatore, e ciò forse per l' incertezza dell' evento a cagione della difficoltà di ben atteggiar il grande lembo integumentale al ristretto lembo uretrale e, secondo Bianchetti da Montagnana, per la facile sdruscitura dell' uretra. Nè ebbe parimente alcun imitatore, nè doveva averne il Porter il quale per la medesima ragione che lo Smyly consigliava la sutura della mucosa uretrale con il tessuto fibroso de' corpi cavernosi. Checchè ne sia di ciò, è però lecito conchiudere che l' uretra recisa tende a restringersi ed a chiudersi; che, per impedire cotesti eventi, è necessaria la presenza nella medesima d' un catetere e che questo catetere il quale ha da essere permanente durante la cura, debb' anche dopo la guarigione essere di quando in quando introdotto nell' uretra fin a che non abbia essa perduta la proclività al ristringimento. Oltrachè la sua presenza è altresì utile per ciò che forse previene infiltrazioni orinose e, se non altro, l' irritante contatto dell' orina su i margini cruenti della ferita.

II.

Qual è il vantaggio dell' amputazione parziale del pene?

Non avendola fin qui sperimentata non so quale sia il valore dell' ingegnosa pratica di Ogier il quale in un caso in cui, illesa la ghianda, alterato era per un qualche tratto il pene separò con taglio dal basso all' alto la ghianda dai corpi cavernosi lasciando intatta la pelle della faccia superiore del medesimo pene con un lembo dorsale dei corpi cavernosi della spessezza di due linee circa e della larghezza di quattro: dissecò quindi questo lembo e quella pelle al di là della parte contaminata del pene che levò via adattando la ghianda al superstite moncone e mantenendovela a contatto mercè della sutura cruenta e del catetere (1).

(1) *Per più ampie notizie si consultino gl'* Annali di medicina *d'*Omodei, *vol.* 81.

È poi cosa incontrastabile che la recisione parziale degl' involgi del pene, compresovi il prepuzio, tocchi di malattie d'indole malignante, è utilissima e come mezzo di cura e come mezzo di diagnosi, siccome tra gl' altri dimostrò tanto luminoramente LISFRANC. Ma non è per me del tutto provata l' utilità della recisione di porzione d' uno o d' ambo i corpi cavernosi, illesa l' uretra, nel caso di malattia limitata ad un piccolo tratto de' medesimi, giacchè in due casi in cui indotto dall' altrui opinione v' ebbi ricorso, vidi in tutti e due riprodotta in poco tempo l' affezione cancerosa che m' obbligò di ricorrere all' amputazione circolare del pene. Ed altri, fra cui il SIGNORONI, non furono più di me fortunati. Questo dico non per alcun altro fine se non se per far in ciò conoscere i risultamenti della mia sperienza.

III.

È ella cosa sempre facile l' introdurre dopo la peotomia un catetere in gomma elastica nella vescica?

La discordanza dei Pratici è qui massima. Nel caso riferito da LEDRAN l' operato soccombette per ciò che non fu possibile rinvenire l' uretra dopo la peotomia. BECLARD di Strasborgo (1) ebbe il dolore di perdere per la stessa ragione un operato dopo aver eseguita la puntura della vescica a traverso dell' intestino retto, poi la *bottoniera* e poi la punzione della stessa vescica per la regione ipogastrica. Un caso in digrosso simile è riferito da GÉMELLE. Due altri casi di difficoltà d' introdur il catetere nell' uretra sono narrati da MIRAMONT e da BURY, ed un terzo è riferito nel giornale Inglese *the Lancet.*

Al fine d' evitare un così grave inconveniente s' idearon e si attuarono le seguenti pratiche:

Pratica-RUGGIERI. Introduceva egli in vescica prima dell'ope-

(1) Annali della Medic. Fisiolog. di BROUSSAIS 1827.

razione un catetere di cui l'estremità vescicale era in gomma elastica e l'estremità esterna in metallo, articolate le due parti a vite; poi reciso il pene su la parte metallica che offriva un utile punto d'appoggio, questa levava via lasciando nella vescica la porzione elastica del catetere.

Pratica – BARTHÉLEMY. Questo Pratico consigliava nell'anno 1829 (1) d'introdurre prima dell'operazione un lungo catetere in gomma elastica nella vescica sin a farlo curvare contro la parete posteriore di questa viscera e quindi di recidere nel tempo stesso il pene ed il catetere. In prova dell'utilità di questa pratica che l'autore dichiara sua, ma che altro non è in fine dei conti fuorchè una modificazione di quella di RUGGIERI (2) pur ora citata e ridotta ad arte fino dall'anno 1825, allegò egli alcuni fatti desunti dalla pratica di BREDOR, GUERSENT figlio e DUVERS. Con l'intendimento sempre d'evitare il citato inconveniente ed anche l'emorragia un nostro distinto Concittadino il Dottore BINET praticava da prima il solo taglio trasversale dell'uretra, poi introduceva un catetere metallico in vescica e poi strozzava con uno strettoio il rimanente del pene. Darò più innanzi un rapido giudizio di queste pratiche; ma al fine di non interrompere per ora il filo del discorso e per camminare più

(1) Journal des Sciences Médicales.

(2) *La pratica di* RUGGIERI *era già una remota imitazione della pratica inculcata da* RUISCHIO, EISTERO, *più tardi da* BERTRANDI, COURVELLES *ed in fine da* SABATIER *e* GRAEFE, *i quali, pel timore dell'emorragia, strozzavano, previa l'introduzione d'un cannellino metallico nell'uretra, il pene con un cordoncino di fili, intatta la pelle o scioltane prima la continuità* (SABATIER) *con un taglio circolare, ovvero lo strozzavano* (GRAEFE) *con un nastrino di seta e con una cavicchia costituenti uno strettoio molto somigliante a quello di* MOREL. *Era pur una remota imitazione di quella del* RIGHELLINI *il quale praticava la peotomia fino dall'anno 1739, dopo preceduta l'introduzione d'un cannellino d'argento nell'uretra. Era in fine una remota imitazione di quella del* RICHTER, *più tardi seguita da* BOYER, *i quali dovendo praticare la peotomia in vicinanza del pube, la facevano precedere dall'introduzione della siringa nell'uretra.*

celere dirò che Pearson, Alarini e soprattutto Velpeau trattando di chimerica la paura di non potere rinvenire l'uretra dopo la peotomia, credono quelle pratiche appena degne della loro attenzione. Velpeau fu in ciò altamente censurato da molti, specialmente da Barthélemy. E per verità prima di sentenziare con qualche leggerezza in un argomento cotanto importante, non doveva egli dimenticare i fatti registrati nella nostra Letteratura i quali militano contro la sua sentenza. Ma prima d'assentir a questa censura verso un personaggio cotanto illustre, uopo è chiarir alquanto cotest' argomento salendo a più alti principii e facendo alcune distinzioni a ciò indispensabili, di cui il difetto fu fin qui, a mio giudizio, una cagione innocente di discrepanti opinioni.

Le malattie esigenti la peotomia o contaminano la sola porzione libera del pene innanzi al pube od insieme con questa contaminano pure la sua porzione fissa o quasi cioè i corpi cavernosi in vicinanza della loro origine od anche la porzione scrotale dell'uretra, illeso o, ciò che è più frequente, coaffetto lo scroto, come videro Hall, Langenbeck, Binet, Lallemand ed altri e come vid' io stesso.

Avvegnachè alcuni de' fatti su citati in cui non si potè dopo la peotomia rinvenire l'uretra, riflettessero la sola recisione della porzione libera del pene, non per questo appoggiato a più di quindici congeneri casi in cui non ho incontrata mai alcuna difficoltà ad introdur il catetere nella vescica per l'uretra recisa, debbo, senza pretendere d'alzare il velo che copre la causa di quei così infelici eventi, dire però che Velpeau non è qui dalla verità lontano mostrando di non temerli. Ma all'opposto non posso dissentire da coloro che accusano di leggerezza la sua opinione allorchè trattasi d'operare, come accadde in alcuni altri de' casi infelici già più volte citati, in vicinanza o su la radice stessa de' corpi stessi cavernosi o su la porzione scrotale dell'uretra, coaffetto o no il corrispondente scroto; perchè allora l'accidente di cui si tratta è facile ad accadere. Ciò stando, debbesi ora esaminare la questione sotto un altro aspetto ed è questo.

Se l' accidente in discorso, si dirà, non è a temersi nella peotomia della porzione libera del pene e se perciò le sopra dette pratiche operative sono quivi superflue, saran esse però ancora di grande valore nella peotomia della porzione fissa del pene. Ma ciò è appunto ch' io niego vale a dire io niego ch' esse siano qui sufficienti a prevenire quell' accidente e dubito insino della possibilità della loro applicazione in alcuni casi. E valga il vero: anche non facendo alcun conto degl' inconvenienti di cui ne'casi più semplici son incolpate di rendere più difficile la recisione del pene e del pericolo che il catetere in gomma elastica preventivamente introdotto nella vescica esca dall' uretra o troppo s' interni (Velpeau) per l' acciambellarsi che fa, secondo Marini, nella medesima, non si vede bene come, non trattandosi in questi casi di recidere con un solo taglio il pene entro l'uretra del quale siasi prima fatto scorrer un catetere parte metallico, parte in gomma elastica (Ruggieri) o tutto in gomma elastica (Barthélemy), ma bensì di dissecazioni preventive dirette ad isolare il male dal lato dell' origine de' corpi cavernosi o della porzione scrotale dell' uretra o dello scroto stesso, non si vede bene, ripeto, come que' mezzi sian in un tale avviluppamento di cose, non che utili, sufficienti ed applicabili.

Siccome per analoghi motivi è pur essa in questi casi complicati di difficilissima applicazione la già citata pratica che consiste nel cominciare dall' incidere l' uretra per introdur il catetere nella vescica e poi nell' ultimare l' operazione.

Fors' io m' inganno, ma credo che in questi complicati casi più conducevole all' intento sia la pratica per me ideata ed attuata che descriverò più sotto.

IV.

In quale conto ha da tenersi l'emorragia che conseguita la peotomia? I tanti mezzi stati ideati ed attuati per prevenirla o per frenarla son essi giustificati dal suo pericolo? Son essi altresì adatti al fin a cui sono destinati?

Sono fortunatamente passati per non più ritornare que' tempi in cui per timore dell' emorragia si strozzava, come fu più sopra detto in modo d' annotazione, il pene con una specie di strettoio o con cordoncini di filo, previa l' introduzione d' un catetere metallico nell' uretra. È pure fortunatamente passato per non più ritornare il tempo in cui per lo stesso timore si tagliava su la parte sana (Celso) e poi si cauterizzava con il ferro rovente la superstite superficie, o si tagliava su i limiti della parte malata (Saliceto), poi si ricorreva al ferro rovente. Nei tempi a noi più vicini lo Schreger, imitato sin ad un segno da Averil, Zang e Dzondi, su il timore del ritiramento de'corpi cavernosi e dell' emorragia, consigliò nella peotomia eseguita in vicinanza del pube di tagliar in prima le sole arterie dosali e di tosto legarle; poi di proseguire la sezione fin oltre alle cavernose e di legarle esse pure; poi ad ultimo di sciogliere la continuità di tutto il membro. Ma, oltrachè questa maniera d'operare è lenta, più dolorosa ed offre poca facilità ad allacciare i vasi, è dessa un mezzo complicato senza necessità e non può altronde stare al paro con altri moderni mezzi più facili e più sicuri. Debbesi pressappoco far il medesimo giudizio della pratica di Langenbeck il quale, scoperto con un' incisione su il dorso del pene il tramezzo de' corpi cavernosi, lo trapassa con un'ansa di filo, mediante il quale, reciso il rimanente, tira il moncone per legar i vasi. Merita appena d' essere menzionata la pratica di Rust il quale tagliava il pene d' un solo colpo dall' alto al basso stando il paziente ritto e appoggiato al margine del letto, poi, eseguita l' amputazione, ordinava che l' operato si piegasse

all' innanzi perchè il moncone rimanesse sporgente e facile la legatura de' suoi vasi.

Fino dall' anno 1827 l' ingegnoso nostro Concittadino il già lodato Binet mi mandava una sua scrittura ch' io ritengo tuttora presso di me, stata di poi stampata nella *Revue Médicale* 1827, dalla quale si scorge come, dovend' egli recidere un pene tutto contaminato da malattia di rea indole, di cui l' uretra era anzi contaminata fin al di là della divisione de' corpi cavernosi, siasi, su il timore dell' emorragia e della ritrazione de' tessuti, felicemente appigliato al partito d' introdurre nella vescica un catetere metallico per un' apertura previamente fatta alla parte inferiore dell' uretra e di stringere poi con il torcolare di Mayor il rimanente tessuto del pene, e ciò dopo fatta un' incisione circolare dei tegumenti della sua radice. È degna di lode l' idea del Binet pei tempi in cui fu attuata, ma con la sicurezza degli attuali mezzi emostatici nissuno vorrà certamente questi postergare allo strettoio del Mayor, oltrachè è cosa evidente che sarebb' esso fors' insufficiente nei casi in cui la contaminazione si prolungasse più in dentro nella porzione scrotale dell' uretra e nell' integumento dello scroto. Tant' è: se da questi giudizii speciali delle fin qui esaminate pratiche, dirette alcune a prevenire la sola emorragia ed altre l' emorragia ed il ritiramento de' tessuti, noi saliamo ad un giudizio complessivo tenendo anche qui conto della differenza già notata che passa tra la peotomia della parte libera del pene e quella della sua parte fissa, non ci vuole molto a vedere che tutte quelle pratiche sono superflue nella peotomia della parte libera del pene e sono od insufficienti o d' esito incerto o di difficile applicazione nella peotomia della parte fissa del medesimo, vieppiù quando la contaminazione si prolunga molto avanti nello scroto o nella porzione scrotale dell' uretra. Altronde sia pure ch' esse, se attuate da distinti Operatori abituati a superare le più gravi difficoltà dell' Arte, paghino un qualche utile tributo, non per questo dovran al paragone sottostare a quelle che in sè racchiudono i principali fini a cui l' Arte operativa accenna nel suo perfe-

zionamento cioè semplicità, sicurezza e facilità d'esecuzione per parte de' più dei Pratici e non solamente per parte dei più sommi.

Sono queste le considerazioni che m' indusser ad ideare ne' casi complicati di peotomia la seguente pratica già sperimentalmente provata efficace la quale, se rende impossibile, come ho già altrove detto, l'accidente del non rinvenire l' uretra nell' atto della peotomia, rende poi molto facile il ristagno dell' emorragia ed è nel tempo stesso di facile, sicura e pronta esecuzione.

Descrizione della pratica dell'Autore.

I. Tempo.

S' introduce una lunga tenta solcata ed ottusa nell' uretra fin al di là dei confini del male cioè sin alla parte superiore o media od inferiore della sua porzione scrotale, secondo che più o men estesa è la malattia. Fattala quindi sporgere a traverso dei tessuti e toccatane la punta con l' altra mano, si fa rapidamente scorrere nella solcatura della medesima ma presentata di costa un' altra tenta pur essa solcata ma acuminata in punta e con la medesima, una volta liberata dalla tenta conduttrice mediante un leggiero movimento di semirotazione, si traforano quei tessuti e quindi con un gammautte retto e forte fatto scorrere dal meato orinario sin alla punta acuminata della tenta che tiene come infilzati i tessuti intermedii, rimangono questi rapidamente divisi. Potrebbe ugualmente servir una sonda a dardo informata a questo scopo. È sottinteso che quando l' alterazione occupasse tutto lo scroto od una grande parte del medesimo in un con la sottoposta uretra, dovrebbero due assistenti abbracciare con la mano uno il testicolo destro dell'operando e l'altro il sinistro e tirarli per modo che questi organi rimanessero bene allontanati fra sè. Non vidi mai la malattia del pene e dell' uretra diffusa a tutta la porzione scrotale di questa od a tutto

lo scroto insin alla regione perineale, epperciò non ebbi mai occasione di praticare la divisione totale del medesimo scroto. Però giudicando dal buon esito che ottenni d'operazioni congeneri ma men estese, non avrei punto paura all'evenienza del caso d'eseguirla. E credo che il LALLEMAND il quale per motivi analoghi ebbe a dividere tutto lo scroto lasciando di pelle appena quel tanto che potè bastare a coprire i testicoli separatamente, non avrebb'incontrate tutte le difficoltà che gli s'affacciarono nell'eseguire codesta operazione s'egli avesse immaginati questi semplici mezzi. È superfluo avvertire che se la lesione dello scroto fosse in un piano inferiore a quello dell'uretra, si dovrebbe questa traforare di dentro in fuori con la tenta solcata acuminata subito dopo l'ultimo confine del suo male e non più in dentro per non sagrificare una porzione sana della medesima alla soddisfazione di far uscire la tenta oltre agl'ultimi confini inferiori della lesione scrotale.

II. Tempo.

L'Operatore si condurrà alquanto diversamente secondo i due seguenti casi:

1. *La malattia comprende il solo pene sino nella sua radice od insieme con questo comprende pur un tratto maggior o minore della porzione scrotale dell'uretra, illeso in ambo i casi lo scroto.* Spaccata in questo caso l'uretra, com'è stato detto poc'anzi, l'Operatore fa un'incisione circolare della pelle coprente la regione dorsale ed i lati della radice del pene, la quale raggiunga con i suoi due estremi ambo i lati della spaccatura dell'uretra: poi dissecata la pelle che li copre, isola la radice del pene ed il tratto d'uretra offeso di contro il pube: poi impianta per maggiore precauzione un uncino nell'uretra sola od insieme in altri tessuti capaci di ritrazione poco sotto il luogo dove si ha in animo di reciderli per opporsi al loro ritiramento una volta recisi e per rendere più facile la legatura o la torsione dei vasi dopo quella recisione, e commette l'un-

cino ad un assistente: poi introduce un catetere in gomma elastica piuttosto voluminoso per l' uretra nella vescica (il che quanto sia facile mentre l' uretra è così dispiegata non è che si dica) facendolo mantenere piegato verso la regione perineale sin alla fine dell' operazione: poi con la mano armata d' un gammautte piuttosto lungo ed applicato al di sopra dell' anzi detto uncino recide con taglio trasversale e dal basso all' alto tutte le parti isolate rasente il piano del pube: poi allaccia o torce i vasi stillanti sangue non dimenticando le arteriuzze che lambiscon i lati dell' uretra, una delle quali vidi una volta insieme con il Dottore Colla, Chirurgo capo nel Regio esercito, dare con qualche ostinatezza sangue nell' interno dell' uretra a cagione dell' accartocciamento della mucosa uretrale in dentro: leva ad ultimo via l' uncino con cui aveva afferrata l' uretra e medica la ferita nel modo che si dirà più avanti. Alla legatura ed alla torsione vuole Velpeau aggiunta la cauterizzazione quando que' due mezzi sian insufficienti. Ma non avendoli io fin qui veduti insufficienti mai, riservo la cauterizzazione ai casi in cui qualche tratto di tessuti emorragici desse sospetto d' essere più o meno contaminato. E credo che della sufficienza della legatura e della torsione sia per farsi capace chiunque rifletta com' in questo modo d' operare la ferita riesca così slabbrata che, aggiungendovi ancora l' uncino per mantener alla superficie le parti capaci di ritrazione, può essa rimanere perlustrata in tutta la sua distesa con la facilità di ristagnare il sangue, qualunque sia il punto della sua superficie dal quale provenga. Il quale benefizio, aggiuntivi quelli della speditezza e sicurezza dell' atto operativo e della facilità di rinvenire l' uretra tagliata, costituiscon appunto i principali pregi del modo operativo di cui tengo discorso.

2.° *La malattia comprende il pene e s' estende più o meno nella porzione scrotale dell' uretra con alterazione della pelle dello scroto.* Il modo operativo non differisce in questo caso dal pur ora descritto se non se in ciò che l' Operatore debbe prima o dopo aver isolato il pene incidere e poi dissecare i lati

contaminati dell' incisione della pelle dello scroto. È appena necessario avvertire che in ambo questi modi si presuppone la totale contaminazione del pene, perciocchè nel caso che la ghianda fosse illesa, rimarrebbe al Pratico la scelta tra questi modi operativi e quello sopra descritto dell' OGIER.

III. Tempo.

Se per caso la ferita della parte media dello scroto fosse irregolare cioè presentasse rialti ed avvallamenti si renderà regolare, dovend' essa, per cessar ogni timore d' infiltrazione per parte dell' orina che per avventura stillasse dintorno al catetere, rappresentar una solcatura gradatamente declive e soprammontata dal monconcino dell' uretra. Dal che già il Lettore prevede che, se noi consigliamo il mutuo avvicinamento mediante listerelle emplastiche de' margini della ferita, sconsigliamo in questi complicati casi la loro immediata riunione. Del rimanente, eccettuati questi particolari, la ferita si medicherà nei modi soliti. Qualora grande riescisse la perdita della pelle dello scroto il Pratico non avrebbe a mettersi in molto pensiero, avuto riguardo alla rilassatezza dei tegumenti di quella regione ed ai facili mezzi autoplastici che ha egli oggigiorno a sua disposizione.

A conferma de' precipui precetti fin qui discorsi potrei addurre alcuni fatti della mia Clinica privata, ma per brevità e per maggior autenticità preferisco riferirne uno desunto dalla Clinica operativa.

« *Osservazione scritta dal Dottore* REYNAUDI. Ai 7 di novembre 1847 fu ricoverato nella Clinica operativa e collocato nel letto numero 62 il mastro da muro C. Paolo, d' anni 60, di temperamento bilioso-sanguigno e di robusta costituzione. Su i 32 anni sofferse egli un' ulcera sifilitica alla base della ghianda che lasciò cicatrizzar a benefizio di tempo. Dodici anni dopo ricomparve senz' alcuna causa una nuova ulcera nel luogo dell' antica cicatrice, la quale con il progresso del tempo s' allargò assai e rese tra se coaderenti il prepuzio e la ghianda. Allora

una persona dell' Arte sciolse le coaderenze e sottopose il paziente ad una cura mercuriale. Il male allentò dopo ciò i suoi progressi, ma non cessò; di guisa che per gradi, nulla più avendo il paziente adoperato, invase tutto il pene, l' uretra fino alla divisione dei corpi cavernosi e lo scroto pel tratto d' un pollice e mezzo nella sua parte alta (*per brevità si passano qui sotto silenzio i noti caratteri di quelle antiche degenerazioni; grande volume, moltiplicate escrescenze ed ulcere scavate, fetore dell' icore, dolori atroci, ecc.*). Il Professore della Clinica con il fine di ristagnare con sicurezza e prontezza l' emorragia e di non trovare difficoltà nel rinvenire l' uretra dopo l' operazione introdusse in prima una tenta solcata ottusa nell' uretra fin oltre ai limiti del male: su la scanalatura di questa fece scorrere di costa un' altra tenta solcata acuta con cui traforò l' uretra e lo scroto e tagliò con un gammautte retto tutti i tessuti interposti tra l' entrata e l' uscita della tenta acuminata. Dopo ciò introdusse con tutta facilità per l' uretra nella vescica un grosso catetere in gomma elastica e, questo abbassato verso il piano posteriore delle coscie da un Assistente, alzò alquanto i margini ammorbati dello scroto e poi portò al di sopra del catetere un lungo coltello retto con cui d' un tratto recise quei margini ed il pene bene rasente il pube conservando però un piccolo lembo di pelle nella parte superiore della radice dello stesso pene (1). Si ristagnò quindi con qualche difficoltà il sangue

(1) *Effettivamente io non ho in questo caso dissecati isolatamente i margini viziati dell' incisione scrotale, ma fattili alzare in piega trasversale su il piano della radice del pene, li ho tagliati d' un tratto insieme con quest' ultimo. Però per la forma più regolare della ferita scrotale risultante dalla dissecazione isolata dei margini della prima incisione, contrapposta alla forma rotonda che la ferita scrotole superstite all' operazione assunse nella pur ora descritta fattispecie, mi sono d' allora in poi indotto a postergare quest' ultima maniera d' operare alla prima. Parimente per quel poco di difficoltà da me incontrata nella legature dei vasi, vinse d' allora in poi in me l' opinione essere migliore consiglio che il Pratico non recida circolarmente la parte se non se dopo che siasi con l' uncino assicurato dei tessuti profondi capaci di ritrazione.*

mediante la legatura; s'avvicinaron i margini della ferita con listerelle emplastiche; si fissò il catetere e si compiè la medicazione nei modi soliti.

Leggiera fu la riazione traumatica: la ferita cicatrizzò poco per poco; di modo che quaranta giorni dopo potè l'operato del tutto guarito ritornare in seno alla sua famiglia ».

Per servir alla verità debbo però dire che in un operato nella mia Clinica privata in cui era stato obbligato di traforare lo scroto più in basso perchè l'affezione scirrosa s'estendeva ben innanzi nella porzione scrotale dell'uretra, le sequele dell'operazione non furono così semplici; giacchè ebbi a combattere due ascessi dello scroto, non derivanti però, per quanto ho potuto giudicare, da infiltrazione orinosa.

V.

È dessa cosa utile riunire per sutura cruenta i margini della ferita dopo la peotomia della parte libera del pene?

Ammisero alcuni, fra cui Hey, Solera, Porter, Smyly, l'utilità di codesta riunione, mentr'altri la negarono appoggiati soprattutto all'opinione di Velpeau il quale dice apertamente che « *on n'a point à tenter de réunion immédiate sur une pareille plaie*. Con il rispetto però che m'impone l'autorevole nome di Velpeau mi sia lecito domandare perchè la siffatta riunione è intentabile allorchè la peotomia interessa solamente la parte libera del pene. Forse per la varietà e moltiplicità de' tessuti recisi? Ma sono pure varii e moltiplici i tessuti che si recidono in un'amputazione d'altri membri, eppure non si dice per ciò che la riunione dei lembi della ferita dopo l'amputazione sia intentabile. Forse perchè non si può mai ottenere la totale riunione immediata? Ma cotesta riunione immediata raro è che s'ottenga amputando altri membri: non per questo

nissuno vi ha che non la raccomandi. Per altra parte poi due casi d' ammalati, uno della Clinica operativa e l'altro della mia pratica privata, stati per me sottoposti alla peotomia della porzione libera del pene, il primo de' quali su gl' occhi d'un grande numero di Studenti, mi hanno provato in un modo non dubbioso che, se con la sutura cruenta de' margini della ferita non s' ottiene la totale riunione immediata di questa, s' ottiene però in parte con qualche abbreviamento di tempo per la guarigione. E mi han altresì provato che le suppurazioni sono men abbondanti ed i dolori forse minori e che ad ogni modo non sorse alcun accidente sinistro e tale da doversi sbandire con severità quella riunione senza sottoporla a nuovi sperimenti clinici.

Dalle cose fin qui dette derivano nel mio concetto come spontanee le seguenti inferenze.

1.º L'uretra tagliata può restringersi e chiudersi. Per prevenire cotest' evento si debbe perciò dopo la peotomia introdurre un catetere in gomma elastica a permanenza nella medesima. È pure necessaria l' intercorrente introduzione del catetere per qualche tempo dopo la peotomia cioè fin a che sia cessata la proclività al ristringimento.

2.º Non è ancora bene provato che la recisione parziale d'uno o d' ambo i corpi cavernosi sia soccorrevole come lo è la recisione parziale del prepuzio e del rimanente invoglio del pene, praticata o come mezzo di cura o come mezzo diagnosi.

3.º Non è cosa difficile rinvenire l' uretra dopo la peotomia della porzione libera del pene; quindi superflue son in questo caso le pratiche di Ruggieri, di Barthélemy e d' altri a ciò dirette. È vero che il rinvenire l' uretra dopo la peotomia della porzione fissa del pene può riescire difficile ed anche impossibile; ma allora queste stesse pratiche son insufficienti o di difficile esecuzione e per certo non offrono la facilità e sicurezza di quella ch' io ho ideata ed attuata.

4.º Non dovendo temersi l' emorragia dopo la peotomia della porzione libera del pene superflue son in questo caso le succitate pratiche di Schreger, Langenbeck, Rust, ecc. In quanto poi alla

emorragia ben altrimente grave che può conseguitare la peotomia della porzione fissa del pene son esse o insufficienti o di esito incerto o di difficile applicazione e non credo esagerare dicendo che con la pratica per me descritta riesce cosa molto più facile l' arresto del sangue con la sola legatura o torsione, e ciò in grazia dell' ampia, slabbrata e declive ferita che ne risulta.

5.º Avvegnachè la pratica per me patrocinata possa ugualmente che le altre pratiche conosciute attuarsi anche nei casi di peotomia della porzione libera del pene, è dessa però particolarmente preferibile nella peotomia della porzione fissa del medesimo.

6.º Non è ancora cosa bene provata che la sutura cruenta sia sconvenevole nella peotomia della porzione libera del pene. Per certo sarebb' essa nociva nella peotomia della porzione fissa (Estratto dal *Giornale della Reale Accademia Medico-Chirurgica*, anno 1850) (A).

(A) Mentre tutti i Classici parlando della recisione de' labbri, delle mamme, de' testicoli per cagione di cancro o d' altra malattia han a cuore di distinguere, in ordine al da farsi nell' atto operativo, i casi in cui il Pratico leva via un solo di que' organi da quelli ne' quali, insieme con la recisione d'uno di que' organi, debbe con successivi atti operativi provvedere alle concomitanti complicanze di grande diffusione del male principale alle parti vicine, p. e. di carie, di necrosi o d' altra degenerazione dell' osso mascellare inferiore, di ghiandole sottomascellari tumide, se si tratta del cancro de' labbri ; di ghiandole sottascellari contaminate, di carie, o d'altra malattia delle costole, di grande estensione del male delle mamme, trattandosi del cancro di questi organi ; di degenerazione del funicolo spermatico sino dentro il canal inguinale nel caso di cancro de' testicoli ; d' una cosa ho sempre fatto una qualche meraviglia ed è che, trattando del cancro del pene, abbian eglino sempre creduto avere fatta opera compiuta quand'avevano descritto il modo di recidere la parte libera di quest' organo ed al più accennato al modo di condursi ne' casi di simultanea malattia di ghiandole inguinali, e non abbian avvertito che in quel modo la

loro trattazione riesciva dimezzata e che non può altrimente dirsi compiuta la trattazione della recisione del pene fuorchè quando comprend' essa ad un tempo i precetti che debbono guidare il Pratico così ne' casi in cui la malattia è circoscritta alla parte libera del pene, come quelli ne' quali si diffonde sin alla sua radice ed anch' al disotto del pube. Mi giova sperare che le cose per me in questa memoria aggiunte, cancellando la sì fatta lacuna, daran all' argomento in discorso la debita finitura.



COMPENDIO

DELL' OPERA SU LA

CANCRENA CONTAGIOSA O NOSOCOMIALE.

Torino 1820, Tipografia Bianco.

CAPO 1.°

La malattia che regnò epidemica nello Spedale Maggiore di S. Giovanni di questa Città negl'anni 1817-18-19 fu già indicata con l'impropria denominazione di *cancrena umida* e dal luogo della sua più ordinaria evoluzione, *pourriture d'hôpital, cancrena nosocomiale* o *d'Ospedale*. Ma il suo distintivo carattere essendo *la contagiosità* l'Autore reputò conveniente chiamarla *cancrena contagiosa* per distinguerla dalle altre specie di cancrena da cui posson esser attaccati gl' ammalati ricoverati negli Spedali. Sospese la sua azione negl' inverni per ridestarsi ad ogni primavera dei detti anni e dominare segnatamente nella state. Amica delle soluzioni di continuità penetranti oltre alla cute, risparmiò sempre le superficie naturali o lievemente abrase e non diede alla parte che la sofferse l' immunità da nuovi insulti.

La cancrena contagiosa si manifesta per lo più tra il secondo e quarto giorno, raramente tra il quarto ed il settimo o nelle prime ventiquattr' ore dalla seguita infezione. Questi due termini paion in generale il *minimum* ed il *maximum* del suo stadio *di delitescenza*. Vi ha nella fibra che prova l' azione del contagio una cotale disposizione per cui più o meno prontamente a quella riagendo, è aumentato o diminuito lo stadio di delitescenza.

La parte dell' ulcera che fu tocca dal contagio diventa tumidetta, meno rossa delle altre, separa non più un vero pus ma piuttosto un tenue siero e prova un senso di maggiore calorificazione, ricoprendosi la circonferenza dell' ulcera d'una zona infiammata.

Trascorsi i termini della delitescenza, il punto dell'ulcera su cui fu deposto il contagio rimane corroso, onde ne risulta un piccolo incavo pallido-cinerizio un po' simile ad un' ulcera venerea primitiva, con margini alquanto irritati, dolorosi, tumidetti, duri, un po' ripiegati all' in fuori, infiammati, facilmente sanguinanti e coperti d' un colore rosso-scuro che è l' indizio di prossima mortificazione. A mano che il processo cancrenoso s' avanza verso i margini dell' ulcera, questa si copre nel suo fondo d'uno strato bianco-bigio, aderente, *polposo*, quasi pseudo-membranoso il quale diventa quindi più spesso e mostrasi alcune volte tinto di striscie di sangue. È esso formato dai tessuti organici già mortificati frammisti a marcia, alcuni dei quali spapolati e sfibrati a guisa di stoppa si converton in un glutine omogeneo bianco-cinerizio che non riferisce più alcuna traccia della loro prima orditura, aderendo però in tale guisa ai sottoposti tessuti vivi che non bastano le lavature per distaccarneli e bisogna a tal effetto fare scorrere premendo gomitoli di filaccica su la superficie dell' ulcera.

La marcia è il risultamento sì del processo suppurativo dell' ulcera cancrenosa che del medesimo strato polposo in parte sciolto e mostrasi ora densa, viscida e bigia, ora sierosa e rossigna ed ha un odore simile a quello del siero di latte in-

forzato e non genera mai vermini benchè a lungo s' arresti su l' ulcera. Quando l' ammalato è debole, cachettico o scorbutico la marcia si presenta non di rado com' un fetido colante liquame di color ora cinerizio ora rugginoso dal quale pulita l' ulcera, si presenta a nudo lo strato polposo ; e quel colore rugginoso dipende da un gemitìo di sangue dai vasi capillari rimestato con il pus.

Il dolore locale, leggiero da principio, cresce a dismisura con l' irritazione e con l' infiammata zona della circonferenza di cui il margine concentrico rendendosi di mano in mano più scuro segna ciò che debbe di nuovo disorganizzarsi : i margini dell' ulcera si rendono frastagliati, rigonfi e talora edematosi convertendosi poi nella mentovata sostanza polposa e per tal modo progredisce di mano in mano la malattia finchè o resti doma con l' arte o tragga in caso contrario l' ammalato all' ultimo destino fra orrendi guasti delle parti organiche. Le parti prossime a quelle invase dalla cancrena mostran in alcuni casi una tumefazione edematosa promossa dalla diffusione d' alcuni raggi morbosi dalla parte affetta. Nei casi di maggiore gravezza s'osservano talvolta alcune striscie rosse che dalle parti cancrenate s' estendono lunghesso il tragitto dei vasi linfatici sin alle ghiandole omonime che si rendono tumidette e dolorose.

Vi hanno talora nell' ulcera due distinti punti di corruzione che s' allargano gradamente e finiscon in progresso per confondersi insieme oppure vanno separatamente a guarigione se mite è la natura della malattia ; altre volte la cancrena non invade tutta la superficie dell' ulcera ma ne lascia alcuni tratti illesi che a guisa d' istmi fanno con il loro colore rosseggiante un singolare contrasto con le parti mortificate.

La cancrena nel diffondersi assume e ritiene generalmente una forma rotonda. Appiccandosi il contagio allo sbocco d' un ulcera che guidi ad un vasto cavo purulento, questo rimane per lo più impigliato dal lavorio specifico ; gl'integumenti che lo ricoprono sono corrosi in molti punti dal di dentro all' in fuori e le varie aperture che risultano si riuniscono quasi sempre alle prime per non formare che una sola ampia piaga cancrenosa.

In alcune persone si manifesta durante l' epidemia una forma di cancrena che presto s' estingue senza punto diffondersi sia ch' essa abbia naturalmente una più mite natura o sia che mova ciò da una favorevole riazione vitale. Nè è raro il vedere nel corso dell' epidemia alcune ulcere farsi pallide e stazionarie senza assumer i veri caratteri della cancrena contagiosa. La differenza fra la forma ulcerosa e polposa da talun ammessa pare che non riguardi l' essènza della malattia ma sia soltanto l' effetto d' alcune circostanze accidentali. Questa forma fu dall'Autore vista una volta sola : la vide però mista con la polposa con caratteri prevalenti. Nasce però la cancrena contagiosa con i sintomi e segni dell' una e dell' altra forma e quella ulcerosa ne costituisce un grado più benigno e rimedi più miti bastano a vincerla.

Questo morbo non rende la fibra meno sensitiva all'azione di altri contagi non ancora provati facendo per tale modo una derogazione alla legge comune degl' altri contagi cioè quella per cui *lascian essi in generale alla fibra una salutare abitudine a risentirsi pochissimo dietro all' azione deletoria di altri contagi non per anco sperimentati ;* giacchè più grave s' osservò il decorso delle malattie contagiose in chi già avesse poco prima sofferta la cancrena nosocomiale, siccome più grave s' osservò pure la cancrena nosocomiale in chi poco tempo prima fosse andato soggetto ad altre malattie contagiose, com' alla lue venerea , alla scabbia , ecc.

Il tessuto celluloso più d' ogni altro quasi elettivamente è preda di questa cancrena e, s' essa reca ne' suoi progressi gravi dolori, dipende ciò dalla molta resistenza che le oppongon i tessuti fibrosi e nervosi. Ecco perchè più le parti soggiacenti siano da questo morbo guaste che non gl' integumenti i quali tale rara volta veggonsi anche risparmiati. Le ghiandole conglobate vi resistono lungamente pure, men i vasi sanguigni in grazia del loro involucro celluloso. Le cartilagini e gl' ossi non sono nemmeno dalla cancrena risparmiati e sono resi necrotici per la distruzione dei loro invogli comuni e degl' altri tessuti dai quali loro deriva nutrizione e vita.

La prontezza con cui il tessuto celluloso resta sempre dalla cancrena distrutto e la successiva maggiore mortificazione di quelle parti alle quali manca per effetto della medesima, fanno con ragione credere che il contagio cancrenoso eserciti un' azione elettiva su di questo tessuto e che, diffondendosi più facilmente alle parti che ne abbondano, sia loro tolta con la distruzione del medesimo una possente condizione organica di vita per cui ne siegue la loro mortificazione. Fra le varie parti del sistema celluloso quelle più facilmente cadon in balia di tale morbo nelle quali più rilassato è il tessuto ed all' opposto. Questa è la ragione del suo comparire di preferenza in un luogo che in un altro, più in alcuni che in altri ammalati, del limitarsi in un luogo e del progredire nell' altro.

Il contagio cancrenoso non s' appicca ove non venga in contatto con il tessuto celluloso; ondechè non s' innesta nelle superficie intatte, nè in luoghi solamente sprovvisti d'epidermide ed in quella vece facilmente invade le soluzioni di continuità dalle quali germoglian od abbian già germogliati in copia bottoncini carnosi che non son alla fin fine altro che produzioni del medesimo tessuto.

Non è per l' ordinario grande la parte che tutta l' economia prende alla lesione locale e talvolta, benchè di rado, non vi prende alcuna parte. Mostrasi segnatamente nell' aumento o nello stato del morbo locale una riazione universale d' incerta durata e complicazione, secondo l' età, il sesso e le parti affette.

CAPO 2.º

Del contagio.

La natura contagiosa della cancrena nosocomiale è irrefragabilmente provata da molti innesti, sì accidentali come artificialmente praticati facili a ripetersi da chiunque. Di fatto, oltre alla inoculazione di cui questo contagio è suscettivo com' il contagio vaiuoloso, vaccinico, venereo, ecc., può altresì es-

sere trasportato lungi dal luogo di sua origine senza perdere per breve tempo la sua virulenza. Siffatti sperimenti sono rafforzati dal ragionamento, come la facilità con cui la cancrena si mostra senza cagion evidente in ulcera di lodevole aspetto ed in persone del resto sane, e la lentezza dall' Autore osservata nel suo diffondersi la quale non è propria delle malattie epidemiche, essendo queste solite ad assalire molte persone nel tempo stesso.

Ammessibile pare l' esistenza de' morbi contagiosi spontanei e certa si fu almeno l' evoluzione spontanea della cancrena in discorso, non potend' aver avuto luogo verun mezzo di lontana od antica comunicazione. I contagi son il prodotto della macchina organica vivente posta in ispecifiche condizioni morbose. Ora, se già tempo vi fu chi costituito in ispecifico processo morboso dietro a particolari circostanze procreasse per la prima volta un morbo contagioso, e perchè mai a' nostri dì non si daranno più le medesime condizioni e circostanze? Ciò per lo meno non è impossibile.

L' osservazione dimostra e lo conferma la ragione che l' aria umido-calda che si respira in alcuni Spedali soverchiamente ingombri, i patemi d' animo, specialmente il timore e la nostalgia, la debolezza, le profuse suppurazioni, i dolori, la dieta, l' umidità, il lungo decubito, ecc. predispongono soltanto l' ammalato all' elaborazione del principio contagioso, mentr' i principi miasmatici, tanto più nocivi quanto più scarseggian i mezzi di pulitezza e di ventilazione, sono da considerarsi quali cause occasionali della malattia.

Or ella è cosa alla ragione consentanea il credere che ogni specie di questi miasmi nell' operare su nuove persone conservi una particolare affinità d' azione su quegl' apparati organici dei quali costituiti in istato di malattia son essi già un morboso prodotto: è quindi verosimile che i miasmi provenienti dalle escrezioni mucose conservino maggior affinità per le membrane mucose e lo stesso dicasi di tutti gl' altri. Partendo da questi principi è consentaneo il credere che più di tutti e forse esclu-

sivamente operino nel determinare l' origine spontanea della cancrena negli Spedali quelli fra i miasmi i quali s' innalzano dalle soluzioni di continuità e dalle escrezioni purulente che ne emanano. Ed in vero, troviamo che la cancrena contagiosa si manifestò appunto allorquando, per il grande numero degl' ammalati piagati e per la gravità delle loro malattie, l' atmosfera della sala chirurgica si poteva supporre gravida più di principî miasmatici derivanti da soluzioni di continuità, piuttostochè da altre cause; perciocchè non vi regnavano allora altre malattie che fossero cagione di miasmi fuorchè queste ultime. Dal che ne siegue che le cause determinanti l' origine spontanea della cancrena questa producono, non con la loro perniciosa influenza su tutta l' economia degl' ammalati, ma sì piuttosto per una influenza diretta che esercitano su la parte affetta da soluzione di continuità.

La natura del contagio è ignota. La chimica non ad altro serve fuorchè ad analizzarne il veicolo. Nè può ammettersi l'identità della cancrena contagiosa con la febbre nosocomiale, con la lenta nervosa d' Huxam e con lo scorbuto, perciocchè l'avere da lunga pezza dominata da sola la cancrena contagiosa senza essere stata complicata a verun' altra malattia è una prova convincentissima ch' è dessa malattia *sui generis* da ogni altra essenzialmente distinta.

CAPO 3.°

Storia.

È cosa molto probabile che la cancrena nosocomiale esistesse bensì in tempi molto lontani, ma che non fosse conosciuta come malattia essenziale. Celso, Oribasio, Paolo Egineta, Rhazes, Avicenna, Albucasis parlarono di malattie non contrassegnate con proprio nome, di cui i caratteri si rassomiglian assai a quelli della cancrena nosocomiale. Men oscuri indizi di siffatta malattia si riscontrano negli scritti di Fabrizio Ildano, di Fabrizio di

Acquapendente, di Vesalio e dell' Eistero. La ragione poi favorisce maggiormente quella proposizione. Di fatto per l'evoluzione della cancrena contagiosa altro non si ricerca fuorchè molti malati o feriti o piagati si giaccian ammalati nel medesimo luogo per lo più angusto e malsano, come sono molti Spedali, le carceri, i vascelli, ecc. Ora, per tacere delle carceri e dei vascelli che si riferiscon ad una remotissima antichità e per parlare solo degli Spedali, le sopraccennate condizioni cominciaron ad esistere fin dal tempo in cui s' eressero i primi Spedali che corrisponde ai primi secoli dell' era Cristiana.

I moderni convengono nell' accordare a Pouteau l' onore di essere stato il primo a credere contagiosa la cancrena nosocomiale nel 1783, benchè alcuni anni prima Champeau già ne avesse manifestato il dubbio. Una tale dottrina seguirono Dussaussoy, Steidele, Brugman, Kieser, Vautier, Colla, Delpech, ecc. e la contrastavano fra vari altri Devilliers, Double, Leveillé, Richard, ecc. Nessuno fece ricerche abbastanza analitiche per bene dilucidare quest' argomento e per bene distinguere le varie degenerazioni non contagiose dalla vera cancrena nosocomiale.

CAPO 4.°

Perchè si metta in dubbio o si nieghi l' esistenza del contagio.

Varie furono le ragioni per cui da alcuni s' è messa in dubbio e da altri negata l' indole contagiosa della cancrena nosocomiale: fra queste s' annoverano principalmente:

1.° La sua spontanea generazione senza previa infezione indusse chi non crede all' origine spontanea dei contagi a negarne la natura contagiosa. L' essere la cancrena primariamente dipendente da causa miasmatica non toglie ch' essa non si faccia in appresso contagiosa, come risulta da quanto fu dianzi esposto.

2.° Molte ulcere vanno soggette, segnatamente nei calamitosi

tempi di guerra negli Spedali militari, a degenerazioni conosciute con il nome di *putride* le quali, benchè costituiscan uno stato ben inoltrato di predisposizione alla cancrena contagiosa, non possono come tali essere considerate; il confondere le une con le altre indusse molti in errore.

3.° L' inoculazione infruttuosa con pus tolto da qualunque specie di cancrena, forse nemmeno della nosocomiale, oppure d' alcuna delle ora dette degenerazioni dalla cancrena dissimili.

4.° La mancanza della voluta predisposizione potè fare sì che anche l' inoculazione del pus della vera cancrena nosocomiale non fosse seguita da effetto.

5.° Le cancrene d' Ospedale potendosi appiccare più volte alla stessa ulcera indusse a negare la sua natura contagiosa quelli che con Monteggia riconoscono per legge dei contagi il dar alla fibra da essi invasa l' immunità da nuovi insulti; alla quale legge fa appunto una derogazione, siccome si vide, la cancrena d' Ospedale.

CAPO 5.°

Condizioni predisponenti alla cancrena contagiosa.

Si mostrano predisposte alla cancrena contagiosa le persone deboli, di temperamento linfatico, affette da imbarazzo gastrico o da lue venerea, le cachettiche, le scorbutiche, le scrofolose ed in generale quelle che son in istato d' ipostenia o vi tendono. Vi sono proclivi le ulcere di natura atonica, le veneree, le scrofolose, le scorbutiche, le psoriche, quelle che son irregolari, estese o sinuose. Ne sono colte di preferenza le ferite gravemente contuse con stupefazione della parte, quali sono quelle indotte da arma da fuoco. Difficilmente s' innesta la cancrena contagiosa nelle soluzioni di continuità recenti nelle quali domina ordinariamente una flogosi acuta, ma bensì nel decorso o nel fine della malattia in cui le più delle volte è cessato o per lo meno diminuito il soverchio eccitamento. Finalmente, sebbene la can-

crena contagiosa in alcune epidemie infierisse maggiormente in tempo d' inverno che non nella state, nell' epidemia di cui è qui caso, la fredda stagione sospese affatto ed in molte altre calmò grandemente la forza del contagio cancrenoso; del che è forse cagione la diminuzione del calorico molto propizio all'evoluzione dei contagi e la maggiore tenacità di cui sono forniti i tessuti organici nella fredda stagione.

CAPO 6.º

Modo d' operare del contagio cancrenoso e qualità degl' effetti.

Il contagio cancrenoso, com' ordinariamente tutte le potenze contagiose, ha un' azione dinamica e di contatto eccitante, la quale è tuttavia relativa, privativa risultandone localmente un processo flogistico cancrenoso (condizione morbosa) relativo pure, privativo che suscita nel sistema un modo d' aumento d' eccitamento relativo per natura alla causa producitrice e per quantità alla maggior o minore virulenza di questa, allo stato precedente della condizione vitale ed alle cagioni contemporaneamente agenti, ed è poi seguito dal più o meno pronto disfacimento locale dei tessuti viventi in cui ha fissa la sua sede il contagio e dove sta l' anzidetta condizione morbosa. In fatti il contagio induce una flogosi attiva locale che progredisce più o meno presto precorrendo la cancrena e che non è per intensità uguale in tutti gl' ammalati. L' indole della riazione e modificazione flogistica indotta dal contagio, sebbene sia la stessa, trovisi o non la fibra in istato d' ipostenia o di stenia, è tuttavia più debole nel primo caso e perciò maggiormente dilata i suoi confini e più *disorganizzante* riesce la cancrena, mentre più forte insorge la flogosi nel secondo caso e più prontamente si fa domatrice della cancrena.

Se il contagio debbe riprodursi è mestieri che la fibra diventi attivata a questo scopo. I sintomi e l' utilità del metodo debi-

litante lo provano vie maggiormente. Questa flogosi locale è però d'una qualità speciale diversa dalle ordinarie.

Il contagio cancrenoso è quindi evidentemente disaffine al solido organizzato, giacchè, oltre al non esser in nissun modo ed in nissuna anche minima parte assorbito, esso lo colpisce di pronta e necessaria morte; laddove gl' altri contagi sono dal più al men assorbiti e non seguiti da necessario disfacimento. Si è da questo difetto d'assorbimento, dalla brevità della riazione e dall' indole della cagione che si debbe derivar in generale la maggiore lesione locale e la minor estensione e quantità della lesione universale che siegue la cancrena nosocomiale. La riazione universale deriva da un irridazione flogistica della località per la via de' nervi e varia secondo le molte circostanze che posson avere luogo sì relativamente all' ammalato come alle cose che operano su del medesimo. La febbre che tosto o tardi le succede è d'indole nervosa, la quale però non somiglia niente affatto ad affezione ipostenica e per meglio dire è tuttavia incognita. Questa febbre proviene sempre dalla località, perciocchè non sarebbe, in caso diverso, dipendente dalla cancrena.

Non solo immune non restane l' organismo una volta affetto da questo contagio, ma va ad esso vieppiù soggetto; l' opposto del che s' osserva in tutti gl' altri casi di malattie contagiose, neppur eccettuata la peste orientale medesima.

CAPO 7.º

Se abbia periodi inabbreviabili.

Si possono mitigar ed abbreviare fin ad un segno, come le altre malattie, i morbi contagiosi, moderando le forze della vita. Le malattie contagiose si possono quasi tutte domare nel loro periodo di *delitescenza* cioè allorquando il contagio non ancora assorbito è per indur un' azione locale e fors' anche quando l'ha già indotta, ma è questa lieve o per lo meno non tale da

non essere vinta, dando una più valida e migliore direzione alle forze della vita. Dai quali principi ne siegue che, non essend' il contagio cancrenoso capace d'assorbimento, può l'Arte domarne la risultante cancrena in qualunque suo periodo, purchè però nient'osti all'applicazione degl'opportuni efficaci remedi e non sia la forza della vita ridotta a tale da non rispondervi, e ciò tanto più perchè la cancrena contagiosa non percorre periodi necessarii, come la sperienza insegna.

CAPO 8.º

Modo di propagazione del contagio cancrenoso.

È possibile che in varie maniere s'innesti il contagio cancrenoso. Ne sono l'ordinario veicolo le sostanze che s'impiegano nelle medicazioni, com'i cenci, le compresse, le filaccica, ecc. e più specialmente ancora gli strumenti chirurgici che sono molto idonei all'inoculazione, come le pinzette da medicazione, le siringhe da iniezione, le tente semplici e solcate e quegl'altri strumenti che, come questi, presentan fessi, incavi, fori, solchi, canali, ecc. dai quali riesce molto difficile il levare via, anche ben ben asciugandoli, tutto il pus da cui furon imbrattati nell'atto delle medicazioni, operazioni, esplorazioni e che viene poi deposto su le ulcere che con essi successivamente si toccano. Tutte le osservazioni e tutte le sperienze ciò pienamente confermarono.

Molti Autori credettero che il contagio cancrenoso si trasmetta per via dell'aria formandosi particolari atmosfere contagiose attorno al letto degl'infetti, e ciò conghietturarono dal pronto diffondersi della cancrena in alcune epidemie e segnatamente dall'utile azione dei mezzi operanti su l'aria nel promovere l'estinzione delle epidemie di tal indole. Dopo essere stato molto perplesso intorno a quest'argomento l'Autore fu indotto ad un opinione contraria dalla difficoltà di dare ragione dell'essere frequentemente illesa o la stessa ulcera infetta in vari suoi punti

od altre ulcere bene vicine a questa, quando siano preservate dal contatto del pus contagioso, sebben esse debban esser in questa supposizione circondate da un' atmosfera eminentemente contagiosa; dal mite e lento andamento che s' osservò di questa malattia, all' opposto di quanto succede in caso di diffusione per mezzo dell' aria delle malattie epidemiche, e dallo scorgere ad ultimo arrestata la diffusione del contagio cancrenoso con l' astenersi cautamente dal far uso degli strumenti chirurgici e dei mezzi di medicazione sospetti d' infezione. Da ciò ne siegue che l' atmosfera miasmatica esalante dalle ulcere può bensì concorrer a determinar una nuova creazione di cancrena contagiosa ma ad innestarla non già.

CAPO 9.º

Profilassi.

Per prevenire l' evoluzione del contagio cancrenoso importa assai che gli Spedali siano costrutti secondo le buone norme raccomandate da tanti moderni Autori, acciò riescano salubri e per quanto si può ventilati. S' eviti a tutta possa un soverchio ingombro di malati e s' attenda diligentemente ad ogni mondezza. Si lavino le ulcere non ancora tocche dal contagio con acqua di calce e si lavino pure con lo stesso liquido le pareti ed il pavimento dello Spedale od almeno si tengan esposti vasi pieni di questa soluzione. S' adoperin altresì i profumi di Smyth e di Morveau i quali, se l' esperienza ci fa pur troppo non più riguardare com' anticontagiosi ma solo com' antimiasmatici, saranno pur sempre di grande vantaggio. Oltre a ciò s' amministri, nulla contrindicandolo, un vitto alquanto nutriente e buon vino. Si rinfranchino le forze dei malati più deboli e affetti da ulcere con opportuni rimedi corroboranti interni. Si medichino frequentemente le ulcere dalle quali esala con una grande quantità di suppurazione un' insopportabile puzza. Si risparmin agl' ammalati le tristi sensazioni e le gravi commozioni

dell'animo. Si facciano le operazioni chirurgiche dolorose in luoghi appartati. Si disinfettino le sale vuotate prima dai malati infetti lasciandole tali per qualche tempo o sostituendovi altri infermi attaccati da malattie ipersteniche e non piagati. Si getti o s' immerga in una forte lisciva ogni pannolino che servì già a qualche medicazione degl' infetti oppure s' esponga alle fumigazioni solforose con la macchina di Galés. Gli strumenti chirurgici si lavin ogni volta con acido idroclorico allungato asciugandoli poi ben bene. Conviene medicare gl' infermi con la maggiore fretta possibile e si debbe far un uso generale di medicazioni e di lavature acide quando son esse conciliabili con lo stato dell' ulcera adoprando all' uopo l' acido idroclorico allungato o quegl' altri acidi che la sperienza dimostrò atti a favorire la limitazione della malattia già sviluppata. E siccome quanto più numerose e più estese sono le ulcere tanto più moltiplicati son i punti di contatto, così uopo è di tosto restringerne la superficie e d' astenersi per quanto si può dal fare nuove soluzioni di continuità. Il metodo di Baynton negl' ammalati non ancor infetti ai quali può esser applicato è utilissimo a tale scopo.

CAPO 10.

Cause delle differenze tra l'epidemia cancrenosa di cui si tratta ed alcune altre riferite negl' Annali dell' Arte.

La cancrena contagiosa sebbene prodotta da un principio *sui generis* prende, come si vede nelle altre malattie contagiose, nelle varie epidemie, anzi in varie persone nella stessa epidemia, alcuni caratteri non ordinarii i quali sono causa che, quantunque identica in essenza, compaia alquanto diversa nella forma.

Di fatto la cancrena in discorso rassomiglia assai per la sua forma locale alla descritta da Pouteau e da Delpech, e per la forma universale consuona alquanto a quella descritta da quest' ultimo e chiamata *polposa*. Mentre quella osservata da Pou-

TEAU era accompagnata da gagliarda febbre, il grado della febbre nella cancrena di cui si parla non era molto intenso. Alquanto diversa nei sintomi locali fu la cancrena contagiosa osservata da MONTEGGIA. Furono distinti da BRUGMAN due periodi, uno d' *infiammazione* e l' altro di *putrefazione*. Nel primo vi ha disagio generale, sintomi gastrici, febbre alla sera con remissioni irregolari, nella ferita vi sono fieri dolori con enfiazione e rosseggiamento dei margini, facil è l' emorragia ed il pus ora si mostra tenace e viscido, come l' albume condensato, ora fluido ed acre, e si forman all' intorno striscie circolari rosso-scure che s' allargano con l' aggravarsi del male. Nel secondo periodo la febbre si fa lenta consuntiva, talvolta con sintomi di sopore; è meno manifesto lo stato infiammatorio locale; il dolor è fierissimo in tutta la ferita; i margini di questa sono pallidi; la materia purulenta si rende icorosa e sottile; le striscie rosse s' allargano sempre più; le granulazioni carnose rapidamente crescon e con pari rapidità muoiono, s' abbassano e svaniscono sì che la ferita in pochi giorni prende sovente un' enorme larghezza e profondità.

Appare da questo ragguaglio che non può ritenersi siccome vero ed unico tipo della cancrena contagiosa la forma da alcuni osservata in particolare potend' essa assumer accidentali differenze nelle varie epidemie; del che sono principale cagione la maggior o minore virulenza del contagio giusta le varie epidemie, la diversità di clima, di stagione e delle condizioni igieniche, la varia suscettività degl' ammalati, la loro differente età e la speciale natura dell' epidemia regnante.

CAPO 11.

Pronostico.

Da quanto si disse intorno ai sintomi ed alle cause della cancrena nosocomiale chiaramente si scorge che imbarazzante e difficile ne riesce il pronostico in riguardo tanto alla sua na-

tura, quanto al suo termine. È provato dall' osservazione che non si perviene a moderare gl' effetti dell' epidemia in generale e a farli sicuramente cessare fuorchè con il combatterne le cagioni con i più attivi mezzi igienici, ed in particolare, siccome la cancrena abbandonata a se stessa s' aggrava e s' associa a sinistri accidenti, così si debbe prontamente ricorrer a quei mezzi in favore dei quali l' esperienza depone.

Generalmente v' è tanto maggiore speranza d' un buono e pronto successo quanto più presto s' assale la malattia con gli opportuni efficacissimi presidi dell' arte; circostanze a questa opposte, la forma nervosa della febbre, il genio pessimo dell' epidemia ne rendono dubbio l' evento e difficil il pronostico.

S' estende maggiormente la cancrena nelle ulcere atoniche, larghe o mantenute da qualche vizio costituzionale. Quindi l' atonia in cui cade un' ulcera dopo essere stata sottoposta alla cancrena rende i suoi attacchi più facili e più pronti i progressi.

È sopra tutto pericolosa e sovente mortale nelle grandi ferite contuse con istritolamento degl' ossi; è men a temersi nei vecchi e progredisce con minore rapidità nei robusti che nei deboli ne' quali sovente riesce fatale.

La già detta sostanza polposa è un indizio di morbo mite quanto meno s' allontana dai caratteri dinanzi descritti, ed è per contro indizio di morbo ostinato e lungo quanto più dai medesimi s'allontana ed acquista quelli d' un fetente *miasma putredinoso.*

La flogosi circondante la cancrena prossima a limitazione se perde il colore rosso-scuro e s' accosta ai caratteri della flemmonosa è l' effetto d' un conato vitale il quale cancella la modificazione flogistica più *qualitativa* che *quantitativa* improntata nella fibra dall' azione del contagio.

L' esaltazione febbrile seguita tutte le vicende della *località.* Quand' è specifica e innestata su d' un fondo grandemente ipostenico allora riesce prontamente fatale, è utile per contro la febbre quando ha i semplici caratteri dell' infiammatoria. Il dolore moderato dà speranza di buono e pronto esito, laddove

il difetto o l'eccessiva intensità del dolore sono piuttosto il preludio di malattia lunga e grave.

Allorchè prossima è la limitazione della cancrena diviene più favorevole l' aspetto dell' ammalato , ritorna l' appetito , la sostanza polposa men abbondante perde di sua consistenza ed è sostituita da un vero pus , svanisce la tumidezza dei margini, crescono bottoncini carnosi che s' estendon ordinariamente dalla parte superiore all' inferiore e più declive dell' ulcera: la quale disposizione dipende da ciò che, essendo le parti inferiori continuamente irrorate dall' umore purulento che scola dalle parti superiori dell' ulcera, è in esse alquanto ritardata la guarigione.

CAPO 12.

Cura.

La cancrena contagiosa consistendo in una malattia primitivamente affatto locale , la cura essenziale debb' essere locale esterna e coadiutrice di questa l' interna od universale.

La cura esterna consiste in generale o nel distrugger immediatamente insieme con il contagio i tessuti che sono la sede dello specifico processo cancrenoso da esso indotto od in vincere mediatamente questo processo senza disorganizzare la superficie morbosa e nel diriger in maniera la di lei condizione vitale che si faccia atta a resistere al morboso influsso del malefico principio e ne limiti i progressi con il favore d' una buona e valida riazione.

Servon al primo scopo tutte le sostanze capaci di ridur i tessuti a morte con la loro chimica azione, quali sono tutti i caustici sì attuali come potenziali. Fra le sostanze utili al secondo scopo s' annoverano quelle che dispiegan un' azione dinamica locale e quelle altre che, oltre alla dinamica, esercitan un' azione chimica non caustica atta a correggere gl' umori separati dalla parte affetta ed a neutralizzar il contagio, siccome sono gl' acidi tutti non concentrati e principalmente l' acido idroclorico allungato.

S' ottennero reali vantaggi dall' acido nitrico puro od allungato con acqua in varie proporzioni applicato per mezzo di filaccica in esso umettate su l' ulcera astersa e pulita. L' acido nitrico così applicato produce rapidamente un' escara giallognola al distaccarsi della quale presentasi la superficie ulcerata sopra di cui, quando rimangan alcuni caratteri dell' ulcera cancrenosa, dovrà riapplicarsi lo stesso rimedio, e ciò sinchè l' ulcera prenda un andamento così regolare che non lasci più alcun timore su la continuazione della malattia ed assicuri il buon esito del rimedio.

Conviene però riflettere che dopo la prima applicazione, anche quand' essa non è bastante a limitare la cancrena, rimane molto mitigata l' azione morbosa, dimodochè, reiterandola, cede questa dappoi in breve e talvolta pure con l' uso di semplici medicazioni fatte con l' acido idroclorico allungato o con altro non caustico rimedio.

Qualunque sia il caustico che s' adopera è bene ch' esso sia applicato su tutti i punti della superficie cancrenosa, neppure eccettuatine i margini; altrimente si vedrà per lo più in seguito riprodotta la malattia. Ottimo è quindi il consiglio di Delpech di portare con diligenza il caustico in tutte le piccole cavità e sinuosità ulcerose che risultano dalla distruzione del tessuto celluloso.

Quando la cancrena è già molto estesa ed accompagnata da gagliarda febbre, e quando ha già dato luogo alla formazione d' alcuni seni, riesce più difficile l'arrestarne i progressi anche con i caustici. Questi casi sono tanto più rari quanto più il Pratico avrà operato fino da principio con rimedi di certa efficacia.

Fatta la medicazione si debbe fasciare moderatamente il membro, metterlo in una positura comoda per l'ammalato e tale che favorisca lo scolo delle materie, soprattutto di quelle che provengono dai seni i quali si fanno talor intorno all' ulcera.

Sebbene Delpech mova il dubbio se il processo cancrenoso sia con maggiore sicurezza e rapidità distrutto dal fuoco che

non dall' acido muriatico, certa cosa è che la prontezza con cui il cauterio attuale distrugge la superficie morbosa producend' escara, la rapida e più estesa azione d' uno stimolo potente qual è il calorico su le parti vicine ed in conseguenza la più pronta, più diffusa e migliore riazione che ne debbe risultare son altrettanti pregi che depongono in favore del ferro rovente e lo rendono superiore a tutti gl' altri caustici.

Avvertasi però che l' uso del cauterio attuale non si può rendere cotanto generale quanto l' uso degl' altri caustici, essendovi alcune parti su le quali non sarebbe cosa prudente il fare l'applicazione di quello e che pure sosterrebbero con vantaggio l' applicazione di questi: inoltre esso, siccome già si notò, non può così bene come gl' altri caustici adattarsi ai vari incavi e meandri delle ulcere cancrenose ed ai vari luoghi dalla cancrena occupati. Quest' inconveniente del cauterio ha però un compenso nella difficoltà di dirigere i caustici liquidi e gl' acidi minerali, oltrachè vi si può fin ad un punto rimediare con cauteri variformi.

È assioma generalmente accettato di non amputar un membro affetto da cancrena non limitata. Cotesto chirurgico canone non debbe rigorosamente estendersi ai casi di cancrena nosocomiale, specialmente quando l' economia generale non partecipa dell' affezione locale. L' azione morbosa riproduttrice del contagio essendo limitata ed avanzandosi progressivamente, nulla vieta d'avere all' occasione ricorso all'amputazione purchè s' instituisca in sito che non abbia ancora partecipato di quest' azione morbosa *riproduttrice*.

Sebbene l' amputazione sia in alcuni casi raccomandata da Delpech e da Cartier, parecchi fatti addotti da Blackadder, Brunninghausen e Klvyskens paiono contrindicarla per il grave timore della recidiva su il moncone, ma specialmente quando lo stato generale ne partecipa: nè ciò debbe recare meraviglia a chi riflette che lo stato febbrile anche non molto innoltrato contrindica in generale l' amputazione per qualsivoglia altra malattia. Ora non potendo non essere grave l' affezione universale

quando il guasto cancrenoso giunge al segno d' esigere l' operazione, ognun vede che ben rari son i casi nei quali si debb' avere ricorso a questo mezzo estremo.

L' amputazione si può ciò stante avere qual unico mezzo di salvezza quando la vita dell' ammalato fosse minacciata da gravi emorragie o quando la cancrena si fosse appiccata ad un membro già prima destinato all' amputazione (A)..

(A) La cancrena contagiosa che dall'anno 1819 non s'era manifestata più mai nello Spedale di San Giovanni vi ha da tre mesi circa fatta una nuova comparsa con avere già assaliti cinque ammalati tocchi d' ulcere o di ferite suppuranti. Ed in questa novella comparsa ha sporti nuovi argomenti a conferma dei principii ch'io faceva, già trent'anni, conoscere al Pubblico. Vale a dire ha confermato a me ed alla Scuola la natura sua contagiosa e tutta locale: ci ha confermata l' utilità de'caustici attuali e potenziali nel limitarla : ci ha ad ultimo confermata l'utilità dell'amputazione d'un membro nell'impedirne il corso. Cito in appoggio il seguente fatto. Lorenzo Pallardi, da Cumiana: anni 47: contadino: temperamento sanguigno-epatico : costituzione buona ma tendente alla pletora : abusatore di vino, di bevande spiritose e di cibi calorosi: sano fin ai 12 anni in cui, per avere mangiato carne di bue stato spento dal carbonchio, fu da questa malattia tocco nel labbro superiore, stata risanata con tre salassi e con iscarificazioni, superstite un poco di contrattura del labbro verso la commessura destra. Sofferse ai 19 anni un reumatismo acuto ad ambo i ginocchi di cui guari con salassi e fomenti caldi, ed ai 26 febbri intermittenti spontaneamente scomparse dopo tre mesi di corso. Ai 44 anni gli comparvero le emorroidi fluenti. Oltracciò tra per la sua tendenza alla pletora e tra per l'abuso di cibi e liquori spiritosi andò nel corso della sua vita passata soggetto a frequenti pletore ed infiammazioni, e ciò soprattutto nelle primavere, state sempre domate con uno o con due salassi. Nell' anno prossimamente passato si conficcò lavorando una spina nella giuntura della prima con la seconda falange del dito indice della mano sinistra. Negletta, anzi inviperita la superstite ferita con la continuazione del lavoro, la detta articolazione s' infiammò violentemente e poi riescì alla suppurazione, alla carie della seconda falange ed alla necrosi della prima, nè valsero a prevenire cotest'esito quattro salassi ed un'adatta cura statagli praticata nello Spedale di Cumiana dov'ebbe lunga stanza. Fu in questo stato ri-

I rimedi ai quali compete una forza dinamica sola o dinamico-chimica non caustica ma solamente neutralizzante il contagio, si debbon avere nella cura della cancrena contagiosa come rimedi accessorì ai caustici e non com' essenziali.

coverato nella Clinica dove, previa spaccatura della regione palmare di detto dito fin in vicinanza della giuntura metacarpo-falangea, s' estrasse la prima falange necrotica, ad eccettuazione d' una piccola porzione della sua base rimasta ancor aderente all' articolazione metacarpo-falangea. Forse con il tempo quel dito avrebb' ancora potuto conservarsi, ma avend' io rappresentato all' ammalato che lunga sarebbe stata la cura per vincere la superstite infiammazione con indurimento de' tessuti e per la riparazione definitiva della breccia e che, anche conservato, quel dito sarebbe rimasto difforme, inutile, anzi imbarazzante per l' uffizio della mano atteso che, oltre all' essere privo della prima falange, erano pure disorganizzati i suoi tendini flessori, chies' egli con instanza l' amputazione ed io ho assentito alla sua domanda perchè era incerto se, dopo una lunga aspettazione e dopo molti tentativi, avrei potuto evitarla. Trascorsero otto giorni dal momento di quella decisione al giorno in cui doveva esser attuata ed in questo mezzo tempo più non rividi l' ammalato. Frattanto al momento d' accingermi all' amputazione mi fu detto da alcuni Allievi che forse doveva questa differirsi perchè da quattro giorni erasi innestata la cancrena contagiosa, non già nella larga breccia del lato palmare del dito, ma in un' altra piccola ulcera a guisa di sinuosità che aveva sede nella sua regione dorsale in corrispondenza della prima giuntura falango-falangea. Effettivamente vidi, scoperto il dito, che la cancrena era di natura polposa e che s' era diffusa con molta prontezza così che la sua estremità superiore era appena di due linee distante dall' articolazione metacarpo-falangea. L' arto affetto era caldo, la mano, e l' antibraccio compresi da una mediocre gonfiezza com' edematosa e l' ammalato calduccio di febbre con sete, disappetenza e notti insonni. Non per questo, nel timore che indugiando la cancrena non si fosse diffusa su il dorso della mano ed al fine di convincere la Scuola che la cancrena nosocomiale era realmente un morbo locale, ho subito fatto eseguire l' amputazione secondo il metodo ovalare da un Allievo, il Signore Coccolo e, ad onta che dal lato dorsale il gammautte non fosse trascorso a maggiore distanza di due linee dal contorno

Tuttavia i rimedi mollitivi ed anodini sono più indicati nelle cancrena contagiosa, non per una loro attiva influenza nel correggere il processo cancrenoso, ma perchè sceman il soverchio eccitamento della fibra e ne riordinan i moti. Fra questi sono da preferirsi la malva, l' altea, il giusquiamo, la cicuta, il papavero, l' oppio, ecc. usati in lavature, decozioni o cataplasmi. Le sostanze pingui ed oliose tuttochè mollitive debbon essere raramente usate, perchè l' osservazione non ne conferma l' utilità.

I rimedi di semplice virtù stimolante dinamica, come le infusioni e le decozioni di piante aromatiche nel vino, la trementina, la china, la canfora, ecc. sono male tollerati dall' ulcera cancrenosa di cui i margini s' increspano, rosseggiano e dolgono per la loro applicazione.

Fra i rimedi di virtù dinamico-chimica non caustica salirono in grande riputazione le sostanze acide pure od allungate con acqua, come l' acido nitrico, idroclorico, acetico, solforico dilungato. L' acido idroclorico allungato in tre parti d' acqua e talvolta in mezza dose soltanto meglio d' ogni altro rispose all' indicazione, usandolo in lavatura ed in fomento tanto su l' ulcera cancrenosa quanto su il membro affetto, oppure inzuppando nel medesimo filaccica da applicarsi su la parte cancrenosa.

A malgrado dell' utile azione chimica non caustica di questi rimedi su il pus contagioso bisogna confessare che nella maggiore parte dei casi non son essi da tanto da estinguere la specifica modificazione della fibra che lo separa, particolarmente quando questa è già molto intensa: nel quale stato la condizione morbosa ri-

dell' ulcera cancrenosa, fu non perciò fermato il corso alla cancrena, giacchè non v' ebbe alcuna riproduzione su il moncone e la superstite ferita guarì con quella prestezza e semplicità con cui guariscono le sì fatte soluzioni di continuo ne' casi ordinarii. L' operato usciva perfettamente guarito ai 24 del mese di dicembre del prossimamente passato anno 1850 (Le notizie relative a questo caso furono scritte dal citato Signore Coccolo, Studente del sest' anno del corso Medico-Chirurgico).

man anzi aggravata dagl' acidi quanto meno sono dilungati. Da quanto si disse pare che gl' acidi minerali allungati siano da usarsi quando il male è mite; quando non si posson usare i caustici; quando la cancrena è di fresco limitata e quando v' è dubbio appena della sua invasione. Ma ov' essi presto non rispondan alle speranze del Clinico, s' esacerbi anzi la malattia con il loro uso, si debbe tosto ricorrer ai caustici.

Un rimedio di cui nell' epidemia che si sta descrivendo si fece uso con molto profitto sono le rape. Si applicarono nella maggiore parte dei casi le rape semplicemente cotte nell' acqua in forma di cataplasmi, oppure crude, lavate ed affettate in sottilissime fette, ed in un modo o nell' altro applicate su l' ulcera. Calman esse per lo più prontamente i dolori e la flogosi e scemano la tendenza cancrenosa. Sono principalmente proficue nei periodi più acuti della malattia. Egli è un fatto che le rape bastaron in alcuni casi a limitare di per se sole la cancrena e ne resero poi quasi sempre più mite il corso, calmandone i dolori, anche in quei casi nei quali dispiegarono poca efficacia nel favorirne la limitazione (A).

Il gemitio sanguigno che accompagna talvolta la cancrena, soprattutto negli scorbutici, è per lo più arrestato, se lieve, con i mezzi stessi che s' impiegano contro la cancrena, oppure con l' uso d' alcune acque *stiptiche* o con gomitoli di filaccica sostenuti da un sufficiente grado di pressione. Quando si trattasse d' emorragia dipendente da corrosione di vasi più o meno

(A) Le rape non furono solamente utili, com' è detto nel testo, nella cancrena contagiosa, ma lavate, crude, gratugiate od affettate in minutissime e sottilissime fette, poi convertite in una specie di cataplasma ed applicate con questa forma alle ulcere o ferite suppuranti associate ad irritazione o flogosi son esse un così potente mezzo rinfrescativo e calmante che queste soluzioni di continuo, smarrita d' ordinario in poco tempo l' irritazione e la flogosi, si mondificano e s' avviano a pronta cicatrice. Da moltissimi anni è cotesto mezzo nella Clinica operativa quotidianamente con frutto adoperato di veduta d' una numerosa Scuola e di molti Dottori che v' intervengono.

cospicui converrebbe allora ricorrer ai conosciuti mezzi emostatici a norma della specialità del casó.

Pochissimi furon i rimedi interni dall' Autore amministrati.

Generalmente i rimedi interni non riscossero grandi elogi nella cura della febbre cancrenosa. S' ebbe qualche vantaggio dalle pozioni subacide e dalle così dette diluenti e refrigeranti dalle quali era utilmente calmato il sintomo della sete ed in generale rattemprato il relativo eccesso dell' eccitamento. L' osservazione sufficientemente dimostrò che quando v' è il bisogno della cura interna questa debb' essere debilitante e consistere nella dieta rigorosa e nell' uso delle anzidette pozioni diluenti. È cosa rara che la febbre assuma una forma così infiammatoria da richieder il salasso.

È cosa superflua dire che il metodo curativo sì esterno come interno debb' esser avvalorato per quanto si può dalla già detta cura profilattica.

CAPO 13.

Differenza della cancrena nosocomiale dalle altre specie di cancrene.

Molte e grandi sono le differenze che passano tra la cancrena nosocomiale e le altre specie di cancrene. Le cause, i sintomi, il metodo curativo, ecc. tutto lo dimostra.

Di fatto la cancrena nosocomiale è senza verun dubbio contagiosa, le altre specie non lo sono : cagione dei progressi della nosocomiale è la presenza d' uno stimolo *sui generis* non ancora domato, d' un' azione morbosa specifica che i tessuti, anzi ogni minima parte d' essi bel bello invade e che sempre nella stessa maniera di malattia colpisce e di morte ; laddove nella maggiore parte delle altre specie di cancrene, principalmente delle dipendenti da cagione interna, sovente ne paiono già anticipatamente segnati su i tessuti il progresso ed i limiti. La cagione della cancrena nosocomiale, oltre all' essere locale, è sempre stimo-

lante ; quelle poi d' alcune altre specie di cancrena, oltre ad essere spesso interne, sono sovente debilitanti. Per la quale cosa la cura interna nelle altre cancrene è sovente corroborante, laddove quella della nosocomiale è lievemente antistenica. I tessuti compresi dalla cancrena nosocomiale si riducon ad una sostanza polposa, uniforme, minuta e non si distaccano mai a vasti lembi, mentre nelle altre cancrene i tessuti presentano quasi sempre un colore nero o cinerizio e finiscono per distaccarsi tutti a lembi e pezzi o strati più o meno sfracellati e guasti. Generalmente spesso, tenace, polposo, bianchiccio cotesto pus nella cancrena contagiosa, esso è un sanioso od icoroso, non consistente, nericcio liquame nelle altre specie. La cancrena nosocomiale assale più volte la medesima ulcera, le altre specie all' incontro una volta limitate non riappaiono più nella stessa ulcera. Il cocente talora insopportabile dolore compagno quasi inseparabile della cancrena nosocomiale, il suo regnare sotto forma epidemica, l' essere figlia forse esclusiva degli Spedali o luoghi analoghi, ecc. son altrettanti caratteri che la distinguono da ogni altra specie di cancrena.

CAPO 14.

Della cancrena nosocomiale come rimedio contro le affezioni cancerose ed altre.

Si parlò d' inoculare la cancrena contagiosa con lo scopo di guarire il cancro. S' immaginò d' innestarla artatamente in tali casi, e ciò fu fatto varie volte. Riuscì talora bene la cosa, ma in breve ricomparve il cancro più feroce che mai e micidiale. Molti videro coteste riproduzioni ed all'Autore altresì presentarono pur troppo commoventi spettacoli. Ma questi innesti, oltre ad esser spesso infruttuosi per il loro scopo, posson accelerare i progressi del cancro con la flogosi e con i dolori che si producono. Dannosa dunque e da rigettarsi è questa inoculazione. Quando si tratta

altronde di curare scirri o cancri non si ha sempre, si ha anzi per buona ventura raramente in pronto il pus della vera cancrena contagiosa od inoculabile. Che poi sarebbe a dirsi di cancrene non contagiose? Sarebbe un inoculare principi irritanti, infiammanti, perniciosi, perciò senz' un' ombra di speranza e con pericolo di mali maggiori. E chi sa se i tumori cancerosi guariti con ispontaneo felice svolgimento della cancrena, secondo le osservazioni di Steidele, Richerand, Garneri ed altri fossero poi veramente tali (A)?

(A) La cancrena nosocomiale essendosi, dopo la guerra di Lombardia, manifestata negli Spedali militari d'Alessandria e di Torino, il Dottore Antonio Restelli, distinto Medico Militare, ora in aspettativa per motivi di famiglia ed allora addetto al servizio dello Spedale Militare Divisionario d' Alessandria, il quale ebbe a curare molti soldati tocchi di quel male, ne fece nell' anno 1849 soggetto d' una sua scrittura intitolata *Note ed osservazioni Cliniche di Chirurgia Militare* ed inserita nel fascicolo di maggio 1849 del riputatissimo Giornale degl' *Annali universali di Medicina*, continuato dal Dottore Carlo Ampelio Calderini. Io godo nel vedere ch' egli il quale aveva sott'occhio la mia scrittura su la *Cancrena contagiosa o nosocomiale* abbia con le sue osservazioni dato un novello peso ed appoggio ai principii ch' io vi aveva stabiliti intorno alla natura contagiosa del male, all' origine spontanea del contagio, alla sua azione elettiva su il tessuto celluloso, all' utilità de' caustici, ecc. ecc. Taluno anzi vedendo quella medesimezza di principii e d'opinioni tra il suo scritto ed il mio ch' era uscito alla luce quasi trent' anni prima, appuntò nel testè citato *Giornale degl' Annali universali di Medicina* il Dottore Restelli di plagio perchè non avesse citata mai la mia Opera su lo stesso argomento. Io fui spiacente di cotest' evento e m' affretto dire che mi ha egli fatto sapere essere ciò unicamente dipeso da una di quelle trascuratezze o dimenticanze che alle volte occorrono quando un libro è stampato in un luogo lontano dalla dimora del suo Autore. È ciò ampiamente dichiarato da alcuni brani della seguente lettera che mi ha egli indiritta ai 12 d'aprile 1850 « Il fatto per me grave fu l'ommissione successa nel rapporto su la cancrena d'ospedale, nell'osservazione e nella cura della quale null' altro feci che seguire strettamente e ripetere quanto fu da V. S. consegnato alla Scienza; osservazione e cura che riconobbi la più esatta e si-

cura, ed io non feci altro che ripetere qualche sperimento e spingere un po' la cura con la potassa caustica. Nell' esposizione io seguii l' ordine da V. S. seguito ed usai molte, per non dire tutte le espressioni principali per convalidare e dare più forza al fatto. L' avere io dunque tralasciato di dire che non faceva altro che in breve dar una traccia della parte più importante del lavoro di lei su questo punto e la consegnava alla stampa solo per rammemorare quanto al momento sgraziatamente da molti non si conosceva, essendo piccolo il numero delle copie del lavoro di V. S. . . . . posso però assicurare la S. V. che non fu che una pura dimenticanza per non dire trascuratezza. . . . . ».



CENNI

SOPRA UNA

RISIPOLA CONTAGIOSA

CAPO PRIMO.

Una risipola contagiosa comparve nell' intervallo in cui fu libero lo Spedale dalla cancrena contagiosa la quale ricomparve allo disparire di quella.

Dopo uno o due giorni di noia, sonnolenza, ansietà di respiro, diminuzione d' appetito, nausea, senso di pizzicore alla cute, invadeva per lo più di notte ovvero nelle ore pomeridiane un forte accesso di febbre con ingresso a freddo, tremore, brivido, sete, respirazione ansiosa, polsi frequenti, contratti, profondi, orina chiara, cute secca, pungimento ai precordi, dolori vaghi pel dorso e per i membri, cefalalgia gravativa, ecc. Dopo un' ora al *minimum*, o dopo cinque o sei ore al *maximum* succedeva calor urente universale con rossezza di tutta la pelle, occhi scintillanti, cefalalgia più grave, smemorataggine, talvolta delirio, sete intensa, nausea, sussurro nelle orecchie, respirazione più ansia, polsi più frequenti e tesi, petto agitato e qualche volta lievi dolori colici, orina rossa e scarsa. Limitato per

lo più alle tre od alle quattr' ore, questo periodo s'estendeva qualche volta sin alle dieci. Dopo il secondo giorno di tali sofferenze compariva per lo più la risipola (preceduta sovente da tumefazione delle ghiandole della parte) le più delle volte *levigata*, raramente *vescicolare*, *miliare* o *postulosa*, con remissione ordinariamente di tutti i sintomi.

S' appigliò sempre alle soluzioni di continuità od ai luoghi occupati da vescicatorii od altrimente caltcriti : trattine alcuni rari casi, faceva il giro d'una grande parte del corpo con il corso dell' ora descritta febbre. Qualche volta, passeggiato che ebbe per ogni parte della superficie cutanea, s' è introdotta per le naturali aperture nella bocca, nel naso, negl' occhi, nella vagina, nell' uretra, nell' intestino retto, cagionando così sordità incompiute, difficoltà nell' inghiottire, calor e siccità della bocca, ptialismo, balbuzie, aridezza e tumefazione delle narici, ardore alle parti genitali, tenesmo, breve movimento dissenterico, ecc. Passò una volta dalla mucosa della bocca a quella dei bronchi dove presa la forma d' affezione catarrale.

Dopo avere durato ordinariamente dai 12 ai 15 giorni ed al *maximum* un mese o quaranta giorni, insensibilmente svaniva lasciando dopo di se molta forfora con lieve infarcimento nel tessuto celluloso sottocutaneo quando pigliava il tronco e le estremità, ed un prodotto crostoso e squamoso quando s' appigliava alla faccia. Alcuni giorni prima della cessazione della risipola si mitigava o svaniva affatto la febbre in un con i sintomi concomitanti : l' orina nella quale s' osservava prima una *sospensione fioccosa*, si rendeva insensibilmente naturale e ritornavano per gradi al loro pristino stato la temperatura e tutte le altre funzioni. Una diarrea spontanea o con l' arte procurata fu vista utilissima dopo la scomparsa della risipola.

La malattia non fu però accompagnata in tutti i casi dal corredo dei sintomi descritti, ma siccome diversa ne fu l' intensità, così vario fu pur il numero e la veemenza de' sintomi, talchè, in astratto considerata, si dimostrò in quattro diversi gradi di violenza. Mite a segno nel primo che, comparsa la risipola,

cessava quasi affatto la febbre. Nel secondo grado dopo la comparsa della risipola assai pure si mitigava la febbre e quella percorreva alquanto più lunghe sebbene benigne le sue fasi e senza sintomi di lesione del sistema nervoso. Nel terzo gravi e moltiplici erano questi sintomi, come delirio, sopore, sussulti, vomito, ecc. Nel quarto finalmente si manifestava in tutta la maggiore sua malignità e veemenza, com' in alcuni dei casi nei quali fu micidiale.

L' eruzione risipolatosa si manifestava quasi sempre in quella parte la quale era in attuale condizione morbosa. Era essa talvolta seguita da travasamento purulento o linfatico nel tessuto celluloso. L' ulcera affetta da risipola diventava o tinta d'un bel rosso cremisi ovvero lurida con carni tumidette, stillanti un umor icoroso che ripigliava i caratteri del vero pus a mano che da essa si scostava la risipola.

La comparsa e la compiuta evoluzione della flogosi risipolatosa su le parti esterne diminuiva sempre i sintomi di lesione delle viscere, com' il vomito, la nausea, la sincope, ecc.

La malattia era in generale molto più benigna quando s' appiccava ad ammalati prima sani, piuttosto robusti, oppure ad ammalati che non eran affetti da una malattia di debolezza e che non avevano sofferto una grave, dolorosa, discoraggiante operazione ed al contrario.

CAPO 2.°

Natura contagiosa della risipola.

Dimostrarono la natura contagiosa di questa risipola l' avere imperversata nelle sale chirurgiche in una stagione in cui non sono mai frequenti le affezioni risipolatose (inverno) e quando la costituzione epidemica dominante non ne favoriva l' evoluzione, l'essersi propagata consecutivamente da un ammalato all'altro della Clinica Operativa e non a quelli posti loro dirimpetto, l' essersi sviluppata in un' ammalata della sala medica più vi–

cina alla chirurgica ed in un'altra donna che assisteva un'ammalata affetta da risipola : il numero finalmente considerevole degl' ammalati affetti, l' ordine progressivo con cui furon assaliti, l' andamento speciale della malattia, ecc., tutto provò che essa era fomentata da un principio contagioso specifico per cui si diffondeva dall' uno all' altro ammalato.

Non si poteva dir unicamente cagionata e fomentata da causa epidemica, perciocchè, se così fosse stato, perchè mai gl' altri malati dello Spedale posti nelle stesse condizioni igieniche ne andaron immuni ?

Il principio contagioso della risipola non era in verun modo inoculabile. Esistonvi probabilmente alcune potenze contagiose le quali sono talmente volatili per la natura del loro veicolo che tosto abbandonan i corpi che le separano, per aderire ai circonvicini o primitivamente oppure dopo essere state ricevute nell' atmosfera la più prossima al letto dell' ammalato, dalla quale precipitano quindi su di quelli, deludendo così gli sforzi di chi tenta d' inocularle per mezzo degl' umori dal corpo evacuati.

È cosa difficile il pronunziare quali ne fosser i mezzi di propagazione. Il modo progressivo con cui invadeva gl' ammalati fa credere che non fosser assaliti fuorchè quelli che, essendo più vicini agl' affetti dalla risipola, ne respiravano l' atmosfera viziata dal principio specifico o ne risentivan altrimente l'influsso per via della cute o delle membrane mucose.

Ma ammettendone la diffusione per mezzo dell' aria ammetterne pure si debbe la diffusione per via d' altri corpi e sostanze lanuginose, come lo dimostra l' essersi la malattia propagata dalla sala degli uomini a quella delle donne dopo un mese e mezzo : la quale cosa fa supporre il trasporto del seme morboso. Ne viene in conseguenza che il principio di questa malattia si diffondeva per mezzo dell' aria e per l' intermezzo di alcune sostanze alle quali aderissero le particelle contagiose.

CAPO 3.°

Modo d' assorbimento del contagio risipolatoso e parte primitivamente affetta.

Se fosse vero, come vi ha chi il crede, che i contagi, nell' atto che s' introducono nel corpo provocano turbazioni irritative in quel sistema per cui s' introducono, si potrebbe nel caso concreto credere che per la via della cute, dei polmoni e del tubo digerente s' introducesse il contagio della risipola. Comunque però introdotto, esso spiegava un' azione elettiva specifica su le vie gastriche, come lo dimostrarono la costante insorgenza dei sintomi gastrici, l' utilità dei rimedi operanti su il tubo alimentare e la grande analogia che v' è tra questa risipola e le risipole sporadiche così dette *biliose*, nelle quali la disposizione morbosa incomincia sempre prima di tutto nel canale cibario e nell' apparato biliare.

Provano poi che stimolante era l' azione del contagio sia l'eccessivo eccitamento di tutti i principali sistemi, specialmente del cutaneo e del mucoso gastrico, come l' intolleranza d' ogni benchè menomo stimolo, i molti processi flogistici che si destavano nel corso del morbo e la provata utilità del metodo antiflogistico.

L' eccitamento delle vie gastriche e delle loro adiacenze aumentato per l' azione dello specifico morboso principio s' irradiava alle altre parti le quali lo sentivan in proporzione della loro relazione simpatica con la parte primitivamente affetta. Quindi il perchè la cute in primo luogo e poi il cervello ed i principali centri nervosi, le quali parti serbano stretta simpatia con la primitivamente invasa, ne fossero prima d' ogni altra maggiormente affette, spiegandosi in quella un' intensa flogosi risipolatosa e dipendendo dalla lesione di questi i moltissimi sintomi nervosi, come delirii, sopore, spasmi, ecc.

Alla comparsa della risipola restavan in generale alleviati i

sintomi di lesione interna: il che pareva doversi derivare dalla spontanea ed utile contrirritazione stabilitasi alla cute per cui meglio forse si distribuisce od è deviato l' eccitamento dalle interne parti con diminuzione dei sintomi di loro lesione.

CAPO 4.°

Metodo curativo.

Il metodo curativo istituito fu l' antiflogistico mite che si continuò in tutti gl' ammalati per l' intiero corso della malattia con felice successo diminuendolo od aumentandolo secondochè era più o meno vivo lo stato infiammatorio, più o men affetto il sistema nervoso e secondochè riuscivano più o meno profittevoli da principio i debilitanti.

Quando la risipola e la febbre con ingresso a freddo erano annunziate da sintomi gastrico-biliosi, uno od alcuni giorni prima dell' invasione, giovava l' amministrare l' emetico. Con questo solo rimedio si venne talvolta a capo d' estinguere la malattia nel suo nascere. Quando la risipola tardava a manifestarsi si procurava di favorirne l' evoluzione con l' interno moderato uso di qualche sudorifico, con il calore alla cute, con fregazioni, ecc.

Appena manifestata la malattia con tutto il corteggio dei sintomi e delle affezioni simpatiche che le erano ordinarie s'assogettavano gl' ammalati ad una dieta scarsa e tenue e loro eran amministrate bevande rinfrescanti, subacide, miti pozioni purganti, È superiore ad ogni credere l' utilità che si ricavò specialmente dalla pozione di tamarindo la quale moveva facilmente il ventre alla prima azione.

Non v' era tanta necessità di debilitare quando la risipola prendeva il tronco e le estremità quanta ve n' era allorchè invadeva il capo.

Il grado della malattia non era ordinariamente tale da esigere l' uso del salasso. Nei casi però in cui occorse intensa s' ebbe

con molto utile ricorso ai salassi iterati e reiterati. In grazia dell' ora descritto metodo gl' ammalati giungevano presto alla convalescenza in cui s' aveva la precauzione di prescrivere loro un sufficiente nutrimento di cibi non riscaldanti, di mantenere lubriche le seconde vie e di non lasciarli troppo presto esporre all' aria.

Conviene però confessare che, a malgrado d' ogni cautela, la convalescenza era generalmente lunga, penosa ed insino pericolosa. Si lagnavan i convalescenti di dolori vaghi, dormivano poco ed un sonno leggiero con sogni spaventosi, avevano talvolta disappetenza, prurito alla pelle, ecc. (A).

(A) Nella scrittura relativa alla risipola di cui si tratta io diceva esser ugualmente alla verità contrario il dire che la risipola non è mai contagiosa, com' il crederla sempre tale; doversi la medesima piuttosto considerare com' un esantema ordinariamente non contagioso il quale può alle volte rendersi tale pel concorso d' alcune particolari circostanze, come sarebber un grande adunamento d' ammalati nello stesso Spedale, il difetto di ventilazione, ecc. Ed in questa sentenza entrarono molti Pratici, oltre ai sopra citati Wells e Gutfeld. Pietro Frank per es. parla della contagione della risipola in questo modo: *quæ de exanthematum origine generatim diximus, hæc et de erysipelatis vix tamen unquam contagiosi dicenda sunt.* Giorgio Hume Weatherhead vide una risipola regnare contagiosa nella nave da guerra *The Jalouse* (*Annali Universali di Medicina* 1815). Cullen asserendo che la risipola non è comunemente contagiosa dice però che in alcune speciali circostanze può da una persona comunicarsi ad un'altra. Sprengel conferma cotest'opinione dicendo: *popularis nonnunquam constitutio, aer nosocomiorum vitiatus, aut summa ægri debilitas, senio aut luxu confecti, malignam et contagiosam omnino indolem erysipelatis efficere possunt* (*Institut. Medic*). Beniamino Bell fa pur egli menzione della risipola contagiosa. Si trova scritto nella *Gazzetta Medica* di Parigi dell' anno 1838 che la risipola e la cancrena nosocomiale sono nello Spedale dell' Università di Londra tenute come contagiose. Son innumerevoli i casi di risipole che si videro regnar epidemiche negli Spedali: Stork lasciò scritto « *tempore autumnali ultra centum fœminas in nosocomio habui, quæ erysipelate faciei divexatæ sunt:* si sa che

da tempo immemorabile la risipola si manifestò di volta in volta con forma epidemica negli Spedali di Lione e di Parigi, massimamente nel Hôtel-Dieu, come risulta dal *Giornale generale di Medicina* di Parigi e dalla testimonianza di Tenon, Delpech, Desaussoy, Benoit, ecc. Se non che coteste manifestazioni risipolatose furono sempre tenute com' epidemiche fin al tempo che corre in cui Velpeau s' attentò di mostrarne l' indole contagiosa.



DEI SENI E DELLE FISTOLE

o delle ulcere

sinuose e fistolose in generale

ad uso della Scuola.

Chiamasi seno un' ulcera più o meno profonda, di maggiore o minor ampiezza, di direzione sempre indeterminabile, avente più estensione sotto la pelle o fra le carni che non nella sua apertura, talvolta penetrante in una qualche cavità formata da parti molli o dure, tal altra fornita di vari cunicoli o cavi e stillante una maggior o minore quantità di *pus*, ora bianco e spesso; ora seroso e granelloso; ora puro ed ora misto con il prodotto d' una naturale funzione d' esalazione, di secrezione o d' escrezione, come lagrime, saliva, bile, fecce, orina, siero, sinovia, sperma, ecc.

Avvegnachè il *seno* tragga quasi sempre la sua origine sia da cause capaci di determinar o di favorire l' uscita d' un liquido animale (eccettuato il sangue) dalle sue vie naturali, come sono le ferite d' un qualche condotto o serbatoio escretori, sia da quelle che danno luogo ad ascessi più o meno profondi, o che mantengono un cronico lavorio purulento nell' organismo, ciò non ostante, onde progredire con ordine, chiarezza e profitto in quest' argomento, noi ridurremo ai seguenti capi le cose

più essenziali a sapersi intorno alle cause più particolarmente capaci di determinare, di fomentar o d' aumentar i *seni*.

1.° *Gl' ascessi lenti sottocutanei.* Siffatti ascessi, d' origine per lo più scrofolosa, assai comuni nelle grandi Città dove frequenti sono le malattie strumose, se tardi s' aprono, distruggono per lo più il tessuto celluloso, assotigliano la pelle, la rendono, dopo la loro apertura, incapace d' aderire alle parti sottoposte, spezialmente se questa ha luogo in un punto della loro circonferenza e son in conseguenza una frequente causa di *seni sottocutanei* (*1)

2.° *Un guasto considerevole di tessuto celluloso e la mobilità delle parti.* Rimangono d' ordinario più facilmente *sinuose* le ulcere sussecutive all' apertura spontanea od artifiziale d' un ascesso formatosi fra parti che, oltre all' essere dotate d' abbondante tessuto celluloso, eseguiscono molti movimenti, come son i dintorni dell' ano, il cavo dell' ascella, ecc., e ciò soprattutto se l' ascesso è accompagnato da un guasto più o meno grande del medesimo tessuto celluloso, e se, essendo l' ammalato macilento, maggior è lo spazio che risulta fra le parti da sì fatto guasto.

3.° *I corpi stranieri.* Fra le cause che producon e mantengono lungamente i *seni* debbono spezialmente annoverarsi i corpi stranieri, come palle di piombo, minuzzoli di vetro, di ferro, d' abiti; la punta d' un coltello o d' una spada, rottasi dentro una ferita; chiodi, aghi; spine; schegge ossee affatto distaccate dal corpo dell' osso e necrotiche, ecc. Sono pure da annoverarsi in questa specie alcuni corpi stranieri che si formano nell' interno del corpo, alcuni calcoli delle vie dell' orina, delle lagrime, della saliva, della bile, ecc. che, operando alla guisa dei corpi stranieri i quali penetrano dal di fuori, danno talvolta luogo a *seni* o s' aggiungono ad altre cause per mantenerli.

(*1) FABRIZIO ILDANO *fece già menzione di simili* seni *i quali furono più particolarmente descritti da* MALVIDÈS.

4.° *La carie o la necrosi degl' ossi, compresi i denti; le varie alterazioni delle cartilagini; la scopertura, la mortificazione e la degenerazione fungosa dei tendini, dei ligamenti, delle aponeurosi e simili.* Son oltremodo frequenti i *seni* dipendenti o fomentati da queste cause.

5.° *Il crepaccio d' un condotto o serbatoio escretori con ispandimento dell' umore che sono destinati a contener od a trasmetter al di fuori.* Questo crepaccio frequente causa di *seni*, è ora il risultamento d' un ostacolo meccanico come legatura, pressione fatta da un tumore delle parti vicine, ecc.; ora d' una ferita; ora d' un ostacolo organico o d' un infiammazione esulcerativa primitiva, generata in alcuni casi da causa esterna ed in altri da una causa interna; ora d' una cancrena, come succede talvolta agl' intestini nell' ernia strangolata, alla vescica ed all' uretra nei parti laboriosi; ora in fine d'un ascesso o d' un' ulcera corrodente che si formano nei dintorni di quei condotti o serbatoi con successiva soluzione di continuità dei medesimi, e simili.

6.° Sono talvolta fomentati i *seni* dal distaccamento d' una membrana mucosa dalle parti contigue per ascesso formatovisi contro, come succede osservar in alcuni *seni* dei dintorni dell' ano: tal altra occorron essi in conseguenza d' ascessi acuti o lenti d' una viscera o d' un organo, specialmente ghiandoloso, com' accade soprattutto vedere nelle persone scrofolose.

7.° Son una frequente causa di *seni* le ferite che non si riuniscono per *prima intenzione*, specialmente le irregolari, anguste e profonde; quelle in cui l' entrata ed il tragetto non si corrispondon e quelle in fine che ledono molte parti d' organizzazione assai diversa, fra le quali havvene d' ordinario alcuna per cui facilmente diffondesi lungi l' infiammazione inducendo spesso suppurazione od anche distruzione di sostanza e *seni*, come succede talvolta dopo le amputazioni, la recisione di tumori voluminosi, ecc.

8.° Assumon e ritengono più facilmente la forma *sinuosa* le soluzioni di continuità penetranti in una cavità formante uno spazio

libero di cui le pareti immobili non posson approssimarsi, nè aderire fra sè, quali sono le soluzioni di continuità del seno mascellare, dei seni frontali, della laringe, della cavità del timpano, delle cellule mastoidee, della maggiore parte delle articolazioni, ed anche fin ad un segno d'un sacco cistico accidentale con pareti dure, come semicartilaginose.

9.º Si formano talvolta *seni* perchè il Chirurgo lascia restringere l'orifizio esterno d'un ascesso in un tempo in cui sonvi tuttora nel suo fondo ostacoli alla guarigione; o perchè ne ritarda troppo l'apertura; o perchè ne fa troppo rare medicazioni; o perchè ricorre all'uso di dure *taste* o *torunde* per cui è impedita la libera uscita del *pus* che vi si separa: tal altra volta un effetto ad un di presso simile è prodotto da un'inconveniente fasciatura fatta sopra un'ulcera, per cui, impedito il libero sgorgamento del pus, questo s'insinua nelle parti vicine, le irrita, le distende e v'induce tanto più facilmente cuniculi o cavi *sinuosi* quanto più lasso è l'abito del corpo ed abbondante il tessuto celluloso circondante, come succede alcune volte dopo l'applicazione del metodo di Baynton, quando s'opera così che l'azione della fasciatura non s'estende su le parti sane circonvicine per qualche tratto tanto superiormente, quant'inferiormente all'ulcera.

10. Oltre a queste cause locali dei *seni*, sonvene alcune costituzionali od interne le quali generan e mantengon il cronico lavorio purulento di cui son essi una conseguenza o si congiungono con altre cause per mantenerli, come son i così detti vizi scrofolosi, celtici, erpetici, reumatici, gottosi, alcuni morbi *metastatici*, le condizioni irritative o flogistiche lente, organiche o no, delle principali viscere, specialmente di quelle che sono comprese nella sfera d'azione della vena porta (*1).

(*1) *Da* Ippocrate *in poi è stata da tutti i migliori Osservatori conosciuta ed ammessa la relazione che v'è fra lo stato delle viscere addominali e le ulcere*, sinuose *o no*, *delle estremità inferiori e dei dintorni dell'ano.*

La forma delle ulcere *sinuose* è un ostacolo alla loro guarigione per ciò che il pus stillante dalla loro superficie interna, spesso molto estesa e rimota dall' orifizio, per altra parte piccolo, non ha un esito facile e pronto, talchè debbe ogni giorno raccogliersi e soggiornar almen in parte nell' interna cavità, dove con la sua presenza, alla guisa quasi d' un corpo straniero, ne irrita e ne tiene scostate le pareti impedendone l' unione.

In alcuni casi essendo l' interna cavità formata dal semplice allontanamento dei tessuti senza distruzione di sostanza ed essendovi sufficiente flogosi adesiva, essa presto si stringe e si chiude a malgrado della piccolezza del foro esterno, com' accade ogni giorno veder in molti ascessi, anche vasti i quali, non appena scoppiati o sparati, sono *sinuosi*, eppure guariscono presto, a malgrado della piccolezza del loro orifizio.

Se all' opposto la soluzione di continuità *sinuosa* non ha quella rapida tendenza all' adesione perchè è poco o niente infiammata: ovvero perchè è affetta da infiammazione speciale non adesiva, spesso dipendente da morbosa causa costituzionale o succedanea ad un altro stato morboso: o perchè parte dell' interna sua superficie non è disposta all' adesione, come quando havvi nell' ulcera *sinuosa* un corpo straniero od una porzione d' osso, di cartilagine, di ligamento, di tendine, d' aponeùrosi, denudati o guasti; o quando massima è la distruzione del tessuto celluloso o la cute offresi alterata ed assottigliata a segno che è incapace d' aderir e di produrre buone carni; o quando v' è nel fondo del *seno* una membrana mucosa denudata o comunica esso con qualche interna cavità la quale forma un vano incapace d' unione, che trasmette continuamente qualche umore, come nelle ulcere *sinuose* comunicanti con i condotti o serbatoi escretori, o con qualche membrana serosa o sinoviale, o con un sacco cistico accidentale, o con i seni frontale, mascellare, ecc.: se una o più di queste circostanze hanno luogo succede ordinariamente che il *seno* si stringa senza chiudersi del tutto e che la materia la quale scaturisce dal suo fondo e lo percorre fin al foro esterno, lo tenga costantemente aperto in forma di morboso ac-

cidentale canaletto che, diventando con il tempo quasi sempre insensibile, calloso e duro, e talvolta coperto di cicatrice, acquista il nome di *fistola*, *seno fistoloso* od *ulcera fistolosa*; nome evidentemente dedotto dalla somiglianza che la lunga cavità della fistola ha con la cavità d' una canna o, second' alcuni, d'un flauto. Laonde chiaro apparisce essere la *fistola* sempre la sequela d' un *seno*.

Si considerano nei *seni* e nelle *fistole* un *orifizio*, un *condotto* ed un *fondo*. L' *orifizio* (*apertura*, *foro di scaricamento*, *entrata*, *estremità superficiale*, *bocca*, *imboccatura*, *sbocco*) è ora superior al *fondo* ed or inferiore. In alcuni casi v' è un sol *orifizio* ed in altri ve ne sono due o più. L'orifizio ora precede il *seno*, ora lo conseguita secondo le varie summentovate cause che lo generano ed ha la sua sede quando nella pelle e quando nelle membrane mucose: quindi deriva la naturale divisione delle *ulcere sinuose* e *fistolose* in *interne* ed *esterne* (1).

Il *fondo* (*estremità interna*, *profonda* o *d' origine*), ora è aperto, ora cieco. Nel primo caso si chiama anche *orifizio interno* ed imbocca nella cavità d' una membrana mucosa appartenente ad un condotto o serbatoio escretori o non escretori. Nel secondo caso il medesimo fondo termina ora nel tessuto celluloso; ora in un organo, principalmente ghiandoloso; ora contro ad una membrana mucosa scoperta od ad una qualche parte destinata all' apparato meccanico della *locomozione*, com' osso, cartilagine, tendine, ligamento, aponeurosi; ora dentro la cavità d' una membrana serosa, come peritoneo, pleura, vaginale, camera

(1) *Siccome le* fistole interne *senz' apertura nella cute si sottraggono al dominio della Chirurgia, eccettuate quelle che s' aprono nell' intestino retto, nella vagina o nella vescica orinaria, delle quali non è qui il luogo di dire particolarmente, e quelle che s' aprono nella bocca a cui si posson applicare tutti i precetti concernenti le fistole in genere, così non si farà delle medesime ulteriore menzione e s' intenderanno solamente applicabili alle* fistole *con apertura esterna le cose che si diran in queste generali considerazioni.*

anteriore dell' occhio, ecc., o dentro quella d' una capsula sinoviale dei tendini o delle articolazioni; ed or in fine dentro un accidentale sacco cistico.

Il *condotto (canale o dutto sinuoso o fistoloso, parte media o tragetto del seno o della fistola)* è ora lungo, ora corto ora largo, ora stretto; ora retto, ora flessuoso; ora d' uguale diametro in tutta la sua lunghezza, ora no; quando scorre fra tessuti poco importanti e quando passa ai lati o sotto o sopra tessuti molt' essenziali, come nervi, vasi cospicui, ecc. In alcuni casi risulta dal semplice allontanamento dei tessuti ed in altri è la sequela di quest' allontanamento e d' una maggior o minore distruzione di sostanza. Finalmente è talvolta unico e tal altra diviso in due o più ramificazioni, secondochè è prodotto dalla ferita d' un condotto o serbatoio escretori o da uno spontaneo lavorìo purulento. Nel primo caso è comunemente unico, perchè il liquido che scorre pel canale ferito esce d' ordinario per la sola via fatta dallo strumento *vulnerante*: nel secondo poi, se l' ascesso è vicino alle parti esterne del corpo così che il condotto accidentale vi penetri direttamente dentro, è esso ancora d'ordinario unico e non ha ad un tempo una lunghezza maggiore della spessezza delle pareti dell' ascesso: ma, se all' opposto profond' è l'ascesso, succede per lo più che la flogosi la quale precede ed accompagna il lavorio purulento ed il pus stesso prendano nell'esternarsi varie vie in grazia della diversa direzione degli strati cellulosi che occorrono nel loro passaggio e della svariatissima giacitura ed inserzione dei tessuti principalmente aponeurotici e ne risultino perciò vari tragetti i quali ora s' aprono separatamente nella cute ed ora, riunitisi prima, vi s' aprono per un orifizio comune.

La sopra detta trasformazione del *seno* in *fistola* è preceduta ed accompagnata da alcuni particolari fenomeni e da un lavorio organico (Dupuytren) generatore d'un nuovo tessuto (*1). Questi

(1*) *Alcuni moderni Patologi chiamano* primo periodo *della* fistola *quello stadio della malattia che è compreso tra lo scoppio d'un ascesso*

fenomeni e questo lavorio variano però secondochè corto o lungo è il *tragetto sinuoso*. Son essi semplici quand' il *seno* è corto cioè in tale caso accade d' ordinario che l' infiammazione svanisca per gradi, i margini dell' apertura *sinuosa* s' avvezzino al contatto dell' umore che n' esce ed incalliscano o cicatrizzino senza riunirsi rimanendovi la medesima apertura e nulla più. Ma all' opposto, quand' il *tragetto* è lungo, assai notevoli sono quei fenomeni, vale a dire succede in tale caso che l' *estremità esterna* o di *scaricamento* del *seno* si restringa, diventi rotonda e si presenti con la forma d' un' escrescenza carnosa più o meno rossa, capace d' incallire con il tempo o di coprirsi di cicatrice, forata nel centro da un' apertura stretta, sovente invisibile e sempre più augusta dal canale di cui forma l' imboccatura ; dalla quale apertura stilla una quantità di materia sproporzionata all' apparente sua grandezza. Succede pure che l' *estremità interna* o d' *origne* si restringa anch' essa bel bello senza che le sue pareti aderiscano fra se e si converta in una superficie della quale si farà tra poco menzione, identica a quella del condotto, però più ampia. Quando quest' ultima *estremità* è aperta in un naturale condotto escretore, s' alza d' ordinario dalla medesima un' escrescenzaa carnosa capace di diventare con il tempo callosa o di coprirsi di cicatrice, la quale rende difficile l' espulsione d' un qualche liquido di naturale escrezione od aumenta gl' ostacoli che già preesistevano a quest' espulsione.

Frattanto che succedono questi cangiamenti nelle estremità del condotto *sinuoso*, insorge nella sua parte *media* un' infiammazione per lo più viva di cui partecipano i tessuti circonvicini.

o la ferita d' un condotto o serbatoio escretori e la trasformazione del seno *in* fistola, *od in altri termini quello stadio che noi*, *su l' autorità degl' Antichi*, *crediamo con ragione dovere comprendere con il nome di* seno *sia perchè non tutti i* seni *anche inveterati si terminano in* fistola, *sia, e ciò è di maggiore rilievo*, *perchè diversa è l' efficacia dei mezzi curativi incruenti secondochè son essi diretti contro ad un* seno *o contro ad una* fistola.

Questa flogosi, a mano a mano che la parte s' avvezza al contatto dell' umor irritante che la percorre, s' ammansa bel bello senza cessar affatto e dà luogo ad un particolare lavorio per cui il detto condotto per gradi s' *organizza* (*1) coprendosi d' una membrana la quale ha nell' aspetto qualche somiglianza con le membrane mucose ed offre, ovunque si svolga, i medesimi caratteri (*2). Non in tutti i *seni* però s' organizza una simile membrana, ma in alcuni, benchè rari, sorge, in vece di quella, uno strato di carni escrescenti, e ciò succede spezialmente nelle persone di cui l' organismo ha una particolare tendenza a generar escrescenze e fungosità.

Quando la malattia è antica e la flogosi del *canale fistoloso* fu ed è poco considerevole, così perfetta riesce la sua organizzazione che talvolta s' incontra pur anche dietro la membrana che lo riveste un invoglio celluloso pressochè analogo al tessuto celluloso *retromucoso*, per cui il medesimo canale si può in alcuni casi distaccare, sebbene con molta difficoltà, dalle parti

(*1) *Si ha in ciò un' ulteriore prova che la flogosi in un grado leggiero rende più attiva la funzione della nutrizione ed è d'ordinario causa di nuove* organizzazioni o soprorganizzazioni, *laddove in un grado massimo suol essa disturbare così fattamente quella funzione e le organiche azioni le quali ne dipendono che riesce per lo più distruggitrice dell' organismo.*

(*2) *La membrana coprente le fistole pare sia stata conosciuta da Ippocrate (Libro delle fistole), perchè, dopo aver egli insegnato il modo di legare la fistola dell' ano, dice che, all' oggetto di consumarne la* tonaca, *conviene applicarvi per sette giorni di verderame. Se non che alcuni, tra cui* Platner, *credono che con quella parola* tonaca Ippocrate *abbia voluto designare le callosità della fistola. Comunque sia la cosa, questa tonaca la quale è da molti riputata analoga alle membrane mucose, non ha però con queste alcun' altra analogia fuorchè nell' apparenza e n' è in realtà diversa tanto perchè differente è la natura dell' umore che separa, quant' ancora perchè è priva d'* epitelion *e di follicoli* mucipari; *la quale cosa ci rende ragione della maggiore disposizione che hanno le pareti delle fistole a riunirsi fra se comparativamente alle pareti dei naturali condotti mucosi da flogosi compresi.*

circondanti. Ma quando il *condotto fistoloso* è compreso da considerevole flogosi cronica o perchè è percorso da umori irritanti o perchè difficile è lo spurgamento di questi o per qualunque altro motivo, allora non solo manca l'anzidetto invoglio celluloso, ma il tessuto cellulare e gl' organi circondanti soffrono, in grazia della diffusione della flogosi, un induramento bianco e si converton in viluppi più o meno voluminosi e duri, attraversati dall'*orifizio* o dagl'*orifizi fistolosi*. Nel primo caso eziandio il *condotto fistoloso* è comunemente poco doloroso anche nell'atto dell'esplorazione, mentre nell' altro esso, oltre all'essere più o meno doloroso, va di quando in quando soggetto a risalti flogistici che con la loro diffusione alle parti circondanti non solo aumentan il testè detto induramento, ma son una frequente causa di nuovi *seni*, *meandri* o *tragetti* i quali, partendo dal *condotto* principale a varie altezze, s' aprono su il medesimo piano di questo a diversa distanza dall'*orifizio* o dagl' *orifizi primitivi*. Finalmente, in grazia della considerevole flogosi cronica spesso rimbalzante da cui sono compresi alcuni *condotti fistolosi*, talvolta occor ancora che la membrana da cui sono coperti la quale, come tutti i tessuti di novella organizzazione, ha poca resistenza, si rammolli nel progresso della malattia o s' esulceri per cicatrizzarsi di nuovo o per coprirsi di carni escrescenti; oppure che si chiudano gl'attuali *condotti*, cuniculi o cavi ed altri forminsi nelle parti circonvicine.

Le ulcere *sinuose* o *fistolose* si dividon in *idiopatiche*, *sintomatiche*, *critiche*, *semplici*, *complicate*, *incompiute* e *compiute*. Le *idiopatiche* sono prodotte da una causa affatto locale, come quelle che conseguitan un ascesso semplice, la ferita d'un canale o serbatoio escretori, ecc. Le *sintomatiche* sono la sequela d' un' altra malattia più essenziale; tali sono le ulcere *sinuose* o *fistolose* dei lombi, degl' inguini, del perineo, ecc. prodotte e fomentate da un ascesso formatosi contro alla colonna vertebrale: tali sono pure quelle che dipendono da qualche speciale vizio costituzionale o da un vizio primitivo degl' ossi, delle cartilagini, dei ligamenti, ecc. Le *critiche* quelle sono

che compariscono con evidente sollievo o con la guarigione d'un' altra malattia essenziale. Diconsi *semplici* quelle in cui tutto il male consiste nello stato *sinuoso* o *fistoloso*, mentre sono sani così i tessuti circonvicini come tutto il corpo o, se pure coesiste nel corpo qualch' altro acciacco, non havvi alcuna correlazione fra questo e lo *stato sinuoso* o *fistoloso*. Diconsi *complicate* quelle che movon o son accompagnate da corpi stranieri; quelle in cui ha luogo una grande perdita di sostanza d' un *condotto* o *serbatoio* escretori e quelle pure in cui occorrono le condizioni testè dette delle *sintomatiche*. Si chiamano *incompiute* o *cieche* quelle di cui il *fondo* è cieco, e *compiute* od *aperte* quelle di cui il *fondo* od *estremità interna* imbocca in una naturale cavità coperta da una membrana *mucosa* e quelle altresì che attraversan un membro dall' una all' altra parte (*1).

Il *seno*, la sua direzione e la sua ampiezza si conoscon ai seguenti indizi. Se è desso pieno di materia e se trovasi immediatamente sotto la cute, sentesi una tal quale durezza nella sua circonferenza ed un vano od ondeggiamento nel suo *tragetto* e la parte in cui ha la sua sede è per lo più tesa, più o men infiammata, talvolta livida. La materia cola spontaneamente o mediante la pressione in una quantità sproporzionata all' apparente ulcera esterna. Questa non si può in verun modo detergere, riempire e cicatrizzare, ed è generalmente d' un aspetto lurido od ha i caratteri dell' ulcera scrofolosa o celtica, se la malattia dipende od è sostenuta da affezioni di quest' indole. Spesso la cute che forma la parete del *seno* diventa pallida ed edematosa a qualche distanza, dove suol esser il suo *fondo* e premendovi sopra si vede sgorgar in maggiore copia

(*1) *Distinguendo alcuni le* fistole *dalle* ulcere fistolose *chiamano* ulcere fistolose *le* fistole *che noi diciamo* incompiute *e danno solamente il nome di* fistole *a quelle di cui l'estremità interna mette capo in una naturale cavità. Noi crediamo essere questa distinzione arbitraria e non l' ammettiamo in queste generalità, perchè identica è l'organizzazione d' entrambe.*

pus dall' orifizio *esterno.* Se si fa qualche iniezione, s' insinua dentro nel *seno* tanta quantità di materia che non lascia dubbio esservi un cavo in cui è ricevuta. Si ha spesso una conghiettura dell' estensione e della direzione del *seno*, quand' è pieno, nel senso di peso, di pressione, di calore, di sobbollimento o di prurito che l' ammalato prova in alcune prossime parti. È talora un indizio della sua direzione la materia dell' iniezione la quale penetra più facilmente per alcune determinate direzioni e per quelle ritorna. Un indizio analogo si ritrae altresì dallo spiare ben bene il luogo d' onde scaturisce il pus nell' atto che si fa una pressione su la parte malata. Dalla conosciuta struttura della parte si potrà ancora conghietturare quale sia la direzione che i tessuti avranno potuto permetter al *seno*. Vedendo dall' *orifizio* del *seno* uscire molti fiocchi di sostanza cellulosa macerata o putrefatta, si potrà anche giudicare del guastamento accaduto nella parte. V' è fondamento a credere che maggiore sia d'ordinario quel *seno* di cui l'*apertura* è superiore al *fondo*, soprattutto se ha esso la sua sede in parte molto adiposa, s' è stato per molto tempo negletto, ancora più se la materia è molto acre ed irritante. L' esplorazione fatta con la tenta è poi il mezzo più certo per iscoprire l' estensione e la direzione del *seno*. Ond' evitare però gl' angoli del medesimo o quelli dei cuniculi che vi si potrebber incontrare, è mestiéri ora di fare eseguir opportuni movimenti alla medesima tenta, ora di darle piegature secondo il caso diverse ed ora di variare la posizione della parte. Se il *seno* ha due *aperture*, la tenta penetrerà d' ordinario facilmente dall' una all' altra o vi si potrà di leggieri fare passare la materia dell' iniezione : anzi chiudendo in tale caso una delle aperture il liquore iniettato produrrà tale pienezza nella parte che si potrà bene giudicare dell' ampiezza, della direzione e talvolta eziandio della figura del *seno*. In alcuni casi chiudendo l'*apertura* del *seno*, quando questa è unica, con una tastà o con un empiastro e poi evacuando in una volta tutta la marcia raccoltasi tra una medicazione e l'altra, si potrà altresì bene conoscere qual e quanto sia il *seno*, esplorandone

soprattutto con il dito, come già si disse, la sua pienezza ed i duri suoi contorni nelle parti vicine. Tant'è talora la profondità del *seno* tra grosse e resistenti parti che non si può conoscere tale pienezza: prova piuttosto l'ammalato profondamente un sordo dolore e peso, ma il Pratico può appena percepire con il tatto un tal quale vano profondo di cui può ancora dubitare, ed allora facendo uscire la materia dovrà egli osservare quale sia la parte che compressa ne manda gl' ultimi sgorghi.

Dalla qualità della materia stillante dal *seno* il Pratico viene eziandio in chiaro della natura del male: quando p. es. esce *pus* misto con bile, con orina, ecc. non v'è più luogo a dubitare che il *seno* non penetri nella vescichetta del fiele o nella vescica dell' orina. Parimente se il *seno* comunica con un canale o serbatoio escretori, accade spesso che una materia colorata iniettata nel medesimo *seno* sia da quella parte espulsa e sveli sì fatta comunicazione.

Allorquando il *seno* dipende da un corpo straniero, questo si potrà toccar e riconoscere con la tenta, se il *seno* è retto e se duro è il corpo straniero. Si conoscerà esser il *seno* complicato a carie dalla materia che n' esce, la quale è d' ordinario saniosa, fetida e tinge talvolta in nero i pannilini della medicazione; e, se la sede della carie e l' apertura del *seno* non sono discoste ed il *condotto sinuoso* è retto, si conoscerà eziandio con la tenta con cui si potrà toccare l' osso alterato il quale s' offre disuguale, rammollato e facile ad essere penetrato dallo stromento.

Per ultimo si può talvolta presumere la direzione e la profondità d' un *seno* dai sintomi di lesione viscerale che l'accompagnano: si presumerà p. es. con fondamento che un *seno* della circonferenza del petto comunica con i polmoni se l' ammalato espettora nel tempo stesso marcia, oltrechè il dolor interno che l' infermo prova indica pure che il *seno* penetra ne' medesimi.

Da molti dei segni sin qui detti si conosce pure la *fistola*, salvo alcune sue varietà le quali appariranno dalla lettura

dell' esame che ci accingiamo fare dei caratteri che la distinguono dal *seno*. Dicesi in generale che il *seno* differisce dalla *fistola* perchè questa è d' ordinario più ristretta del *seno* in tutte le sue parti; perchè, fuori dei rimbalzi flogistici, il tragetto ed il fondo della fistola si presentano per lo più, quand' è essa superficiale, com' una cordicella dura, non infiammata e poco o niente dolorosa: perchè l' umore che n' esce non è purulento come quello che stilla dal *seno*, ma è ora linfatico, ora come mucoso, salvochè non vi sia framescolato un umore d' una qualche naturale escrezione o secrezione. A ciò s'aggiunge essere la *fistola* coperta nel suo *orifizio* e talvolta più o meno addentro da callosità ed in alcuni casi anche da cicatrice: la sua cavità essere dura ed indolente o meno dolorosa al contatto degli stromenti di quella del *seno* ed esser essa rivestita dalla sopra citata *membrana accidentale* che non v' è nel *seno*. E si sopraggiunge in fine potersi dedurre lo *stato fistoloso* dall' antichità del *seno*. Di tutti questi caratteri per cui la *fistola* va distinta dal *seno*, il più essenziale è però quello che si desume dall' anzidetta *membrana accidentale*, come quella la quale, oltre all' aumentare la naturale difficoltà che le ulcere di cui si tratta han a chiudersi, scema assai l' azione dei mezzi curativi incruenti che si diranno. Se non che in alcune *fistole* manca pure questo carattere. Tutti gl' altri caratteri sono vaghi, accidentali e non recano o recano poco divario nella cura, oltrachè molti sono comuni al *seno* ed alla *fistola* (1*).

(1*) *La verità delle cose qui esposte meglio apparirà dalle seguenti considerazioni. La sperienza cotidiana dimostra esservi talvolta* seni *ristretti al pari delle* fistole *anche nei primi tempi della loro formazione: non sempre incontrarsi una durezza a guisa di cordicella su il tragetto della* fistola *superficiale: stillare sovente dalle* fistole *materie non dissimili da quelle che escono solitamente dai* seni *ed all' opposto: non frequenti esser i casi di* condotti fistolosi *coperti di cicatrice: incontrarsi* seni *non* infistoliti, *privi soprattutto della sopra detta* membrana accidentale, *come ha quasi sempre luogo nelle ulcere* sinuose *delle vie lagrimali, comechè sian*

Non perciò, siccome questi caratteri occorrono quasi sempre in maggior o minore numero nello stato *fistoloso*, quindi è che

essi cronici; epperciò dall'antichità del seno *derivare la presunzione ma non la certezza della* fistola : *le pareti interne di molte* fistole *essere, come quelle dei* seni, *più o meno dolorose al contatto ed anche senz'il contatto della tenta. In quanto alle callosità che gl'Antichi* (IPPOCRATE, CELSO, PAOLO EGINETA, AEZIO, ORIBASIO, AVICENNA, GUIDO *di* CAULIACO, TÉODORICO, LEONARDO HERTAPALIA, TAGAULZIO, MARIANO SANTO, PAREO, THÉVENIN, VERDUC, CLERC, LA CHARRIÈRE, MURALTO, *ecc.*) *consideravano com' un carattere speciale delle* fistole, *alcuni anzi come causa e che la maggiore parte dei Moderni tengon in conto di circostanza essenziale della malattia, l'osservazione ha dimostrato e dimostra ogni giorno essere d'ordinario un' infiammata durezza quello che tiensi per callosità; esservi* fistole *senza callosità, quali sono la maggior parte delle* lagrimali, *altre esservene nelle quali la callosità apparisce ben tardi ed è perciò un accidente secondario a cui debbesi avere poco o nissun riguardo nella cura. Vi son in fatto* fistole *le quali guariscono perfettamente con il combatterne le particolari cause producitrici, comechè la loro callosità continui anche lungo tempo dopo la loro guarigione. E se ai tempi passati la callosità è stata considerata com'il carattere più essenziale delle* fistole, *è ciò da attribuirsi all'uso, abuso ed anche misuso che si faceva delle taste e torunde, con cui aggiungendo nuova irritazione a quella che già preesisteva nei* seni, *accadeva che a quei tempi e con quelle abitudini occorresse più frequente e più presto la callosità nelle ulcere* sinuose : *perciocchè è cosa ora bene conosciuta che qualunque causa d'irritazione frequente o abituale non solo dà luogo a siffatto accidente, ma ordinariamente mantiene anche lo* stato fistoloso *in vece d'emendarlo e che le* fistole *nelle quali succede più spesso la complicazione di callosità, sono quelle appunto le quali hanno in sè stesse o fuori di sè una frequente causa d'irritazione. Altronde anche nei casi in cui la callosità accompagna le* fistole, *è questa d'ordinario circoscritta alla loro imboccatura e bene di rado s'interna a coprirne tutto il loro condotto ed a renderlo duro, com'era opinione degl'Antichi. E vaglia il vero, dopo la spaccatura di* fistole *anche antiche e callose, occorre tuttodì osservare che son esse internamente coperte dalla sopra detta* membrana accidentale, *molle e soffice o da carni fungose e non già da callosità;* e ciò *soprattutto quando non precedette un lungo uso di sostanze* così *dette* vulnerarie o consolidanti, *capaci di rendere dure quelle* fistole *che erano dapprima d'una più semplice natura.*

dal complesso di molti fra essi si ricava sempre una diagnosi certa della *fistola.*

Le ulcere *sinuose* e *fistolose* minacciano raramente la vita dell'ammalato, ma, al pari d'ogni altr' ulcera, impediscono più o meno l'azione della parte che occupano così per la soluzione di continuità, come pei dolori che destano. E poi la quotidiana perdita degl'umori che per alcune delle medesime accade molt'abbondante, produce un dimagramento e languore universale e talvolta una febbre consuntiva. Oltracciò alcuni di questi mali deforman assai l'uomo che n'è affetto e quelle che mettono capo in un serbatoio escretore con passaggio perenne ed involontario dell'umore contenutovi, così fattamente lo bruttano ed insozzano ch'assai tediosa riesce la vita.

Comechè sia cosa difficile lo stabilir il pronostico delle ulcere *sinuose* e *fistolose*, anche in un modo generale, se non s'entra nella trattazione particolare e minuta di coteste malattie, tuttavia noi toccheremo di passaggio quest'argomento, avendo particolarmente in mira le principali sorgenti da cui il medesimo pronostico si può ricavare, che sono la loro semplicità o complicazione; la natura della causa e la facilità, difficoltà od impossibilità di vincerla o d'allontanarla; l'esser esse accessibili o no ai potenti mezzi della Chirurgia Operativa; la loro estensione; la loro giacitura fra tessuti assai importanti o no; l'età e l'indole della costituzione dell'ammalato, ecc. Con tale norma si posson approssimativamente stabilir i seguenti principii. Di tutte le ulcere *sinuose* e *fistolose* le più facili a guarire sono le *semplici* cioè quelle che sono fomentate dalla sola viziosa forma della soluzione di continuità. Quelle che dipendono da causa locale sono d'una guarigione più facile di quelle che sono sostenute da una causa costituzionale, salvo che non sia questa sifilitica; nel quale caso non è per lo più cosa difficile il vincerla. Quelle che hanno un solo *orifizio* ed un solo *condotto*, ancora corto e retto; o sono recenti ed in persona sana e giovine; o hanno sede nei membri; o sono collocate tra parti poco importanti; o risultano dal semplice allontanamento dei

tessuti; o hanno la loro *estremità d'origine* che non si sottrae all'azione dei potenti mezzi della Chirurgia Operativa, ecc.; sono più facili a vincersi di quelle che hanno più *orifizi*, anfratti, cuniculi o *tragetti*, ancora lunghi e tortuosi; o son inveterate ed in persona malsana o d'età avanzata; o son accompagnate da perdita di sostanza; o mettono capo nelle principali cavità; od hanno sede sotto, sopra o fra tessuti molto essenziali, come grossi vasi, nervi, muscoli, ecc.; o sono inaccessibili ai mezzi della Chirurgia Operativa. Lento è l'andamento e spesso difficile la guarigione di quelle che penetran in una cavità dotata di pareti immobili. Sono di facile guarigione quelle che dipendono da un corpo straniero collocato fra parti che non ne impediscono l'estrazione ed all'opposto. La natura e l'Arte non sono gran che potenti contro quelle che penetran in un condotto escretore di piccolo diametro, tanto più se coesiste perdita di sostanza; al contrario validi sono gli sforzi d'entrambe se non v'è perdita di sostanza e maggior è il diametro del condotto escretore. Grave è il pronostico di quelle che dipendono da una lesione organica dei tessuti *entrarticolari* o circostanti ad un'articolazione: son in tale caso per lo più fortunati gl'ammalati quando tal è la natura dell'articolazione che non sia impedita l'amputazione. Di lenta e difficile guarigione sono le ulcere *sinuose* o *fistolose* che dipendono da carie, salvo però quelle che sono prodotte dalla carie dei denti, e ciò tanto più se questa è generata o promossa da causa costituzionale. Non si debbe, senza la più grande cautela e senz'avere prima stabiliti artificiali spurghi con vescicatorii, con cauterii, ecc. intraprendere la cura di quelle a cui la natura s'è da lunga mano accostumata. Non si debbe parimente intraprendere la cura delle *critiche*.

L'Arte può talvolta impedire la formazione dei *seni* e delle *fistole* con impedire la chiusura d'un ascesso prima che siano vinti tutti gl'ostacoli alla guarigione che posson ancor esservi nel suo fondo; con aprir in tempo opportuno gl'ascessi i quali hanno sede fra parti dotate d'abbondante e lasso tessuto

celluloso; con fare frequenti medicazioni di quelli di cui copioso è lo spurgamento; con rendere facile l' uscita del *pus* anzichè impedirla mediante taste e torunde o con un' inconveniente fasciatura; con aprir anzi con il caustico che con il ferro gl' ascessi compresi da lenta flogosi ed interrotti o circondati da tessuti indurati, quali sono spezialmente in molti casi gl' ascessi delle ghiandole.

La prima e più essenziale indicazione curativa dei *seni* e delle *fistole* consiste nel combatterne la causa, senza la quale avvertenza inutile tornerebbe qualunque mezzo operativo o no.

Il frequente obblio di quest' indicazione e l' ignoranza in cui erano gl' Antichi del modo con cui si forma questa malattia, sono forse da considerarsi come le principali cause per cui aveva essa nome d' esser ostinatissima e bene sovente insanabile, avvegnachè l' assalissero con mezzi talvolta troppo acerbi. Finchè la malattia ha i soli caratteri del *seno* per cui, dalla figura in fuori, ha essa tutto comune con le ulcere in genere basta alle volte compiere quest' indicazione perchè svanisca senza o con pochi soccorsi dell' Arte. Ma quand' il *seno* ha infistolito cioè quand' è già succeduta l' organizzazione d' una *membrana accidentale* per entro la sua cavità, la quale frappone una grande differenza fra questa malattia e le ulcere in genere, talvolta occor ancora che, compiuta quella indicazione, esso per gradi si chiuda spontaneamente in grazia della mutua aderenza delle sue pareti, e ciò particolarmente quand'è breve ed ha un *orifizio* non troppo angusto; ma il più sovente accade che si restringa bensì, ma continui ed allora s' offre una seconda indicazione la quale consiste nell' adoperare mezzi direttamente capaci d' infiammarlo e di procurarne la chiusura o di cambiarne la figura e di renderne apparente la cavità occulta. Queste due indicazioni ora si compiono nello stesso tempo, come nel caso in cui, essendo la malattia prodotta da un corpo straniero, si spacca ad un tempo il *seno* e s' estrae questo corpo, ed ora separatamente come quando, essendo la malattia prodotta da un ostacolo organico d' un condotto escretore, non cessa con il rimovere l' ostacolo, ma esige una cura propria e diretta.

I mezzi con i quali si soddisfa alla prima indicazione sono altrettanto varii quanto varia è la causa della malattia. Così p. es. dipendendo questa dallo stato morboso d' una parte, d' un organo, d' una viscera lontani o di tutta l' *economia ;* ovvero da corpi stranieri; da necrosi o da carie; dalla scopertura od alterazione d' una cartilagine, d' un tendine, d' un' aponeurosi o d' un ligamento; dalla corruzione d' uno o più denti; ecc. convien estrar i corpi stranieri o combattere queste malattie con mezzi appropriati. Quand' è il seguito dello stato flogistico cronico dei tessuti d' un' articolazione, d' una membrana serosa, ecc. uopo è combattere innanzi tratto quest' infiammazione. S' è mantenuta dalla morbosa apertura d' un *condotto* o *ricettacolo* naturali, è mestiere sviare dall' apertura gl' umori che son essi destinati a contener od a condurre fuori del corpo: la quale cosa s' ottiene in generale, quando sono soltanto feriti, introducendo ne' medesimi un conduttore cavo; ovvero s' ottiene, se sono chiusi da ostacolo organico permanente, con la cauterizzazione o con mezzi meccanici o con la formazione d' un nuovo *condotto fistoloso* il quale conduca le materie d' escrezione sopra una superficie in cui la loro presenza sia innocente o generi minori incovenienti che non su la cute, come nel caso di fistole salivari, d' alcune lagrimali e simili.

Nei casi in cui, non potendosi compiere le dette due indicazioni nello stesso tempo, rimangon i *seni* o le *fistole* dopo che fu esattamente compiuta la prima, è da credersi trarre ciò origine da una qualche causa secondaria dipendente ora, ed il più sovente, dalla loro forma o dalla soverchia strettezza della loro *apertura esterna;* ora dalla declività del loro *fondo;* ora dalla moltiplicità dei *condotti* o anfratti; ora dal movimento della parte affetta; ora da un grado soverchio di flogosi manifesta od occulta, ovvero da atonia e sfibramento della *località;* ora dalla viziatura d' una porzione di pelle troppo assottigliata e distaccata dalle parti sottoposte, epperciò incapace d'aderirvi, ecc. S' offre in tali casi una seconda indicazione diretta a vincere siffatti ostacoli, la quale debbesi in generale compiere nei seguenti modi.

Trattandosi d'un *seno semplice*, si può talvolta ottenere la guarigione iniettandovi dentro un liquido mollitivo per diluire la materia e poi premendolo con moderazione e frequenza affinchè, evacuato il contenutovi pus, possa stringersi e chiudersi; alla quale cosa contribuisce per lo più una bene diretta *compressione*, già raccomandata da Celso, fatta con istriscie di filaccica o di stoppa più o meno grosse secondo il caso e sole od inzuppate nella chiara d'uova, le quali, sostenute con una convenevole fasciatura, più egualmente comprimono. Acciò la *compressione* riesca utile è cosa importantissima che il *seno* possa, avuto riguardo al suo corso ed alla figura della parte in cui ha sede, essere sufficientemente ed ugualmente compresso in tutti i suoi punti, ma in ispecie nel suo *fondo*. È pure cosa importantissima che sia essa uniforme, regolare, non troppo stretta, nè troppo lassa e che non si metta in opera prima che sia ben ammansito lo stato flogistico e siano cessati gl'irritativi consensi della parte affetta: senza le quali avvertenze o non è tollerata o torna talvolta inutile e spesso dannosa. La *compressione* in tale modo e con tali riguardi eseguita riduce le pareti del *seno* a mutuo contatto, ne favorisce l'adesione, s'oppone ad ogni ulteriore raccolta di pus, e ne promove l'esito per l'*apertura esterna*. Maggior è l'utilità della *compressione* se il *seno* giace in una parte avente un sufficiente punto d'appoggio. È questa la ragione per cui è dessa più particolarmente praticata ed utile nei *seni* delle estremità. Talvolta è cosa giovevole il sostituire o l'aggiungere alla fasciatura *semplice*, quella che si pratica con listerelle emplastiche applicate secondo il metodo di Baynton e bucate nella sede dell'*orifizio* del *seno*, acciò non impediscano lo scolo delle materie (1). Comunque

(1) *Vi sono, oltre agl'anzidetti, altri mezzi d'eseguire la pressione, i quali tornano ugualmente utili e talvolta più. Così p. es. in alcuni* seni *profondi del braccio, dell'antibraccio e della coscia io mi sono servito con molto successo dello strettoio del* Petit, *dopo aver applicato su il* fondo *e su il* tragetto *del* seno *pannilini, filaccica o stoppa in forma di cuscinetti, a cui ho talvolta soprapposto un pezzo di*

s' eseguisca, la *pressione* debb' ancor essere continuata alcuni giorni dopo la guarigióne per prevenir il ritorno della malattia.

Prima d' eseguire la *pressione* conviene dilatare l' *apertura esterna* del *seno*, s' è troppo stretta e di poi conviene pure mantenerla dilatata fin a che il medesimo *seno* sia affatto chiuso nel suo *fondo* e nel suo *tragetto*: la quale cosa si conosce dal vedere che comprimendolo in tutta la sua lunghezza non n' esce più materia, nè si provoca dolore, nè si tocca notevole durezza. Altrimente rallentandosi l' uscita del pus non per la chiusura dell' interna cavità, ma per la chiusura o per l' insufficienza dell' *orifizio* a dargli passaggio, ne siegue che il *pus* ristagnando distenda ed irriti le pareti del *seno* e generi una più o meno pronta e notevole infiammazione con dolore, febbre e talvolta anche risipola nella soprapposta cute, fin a che non siasi ravviato o non siasi formata una nuova apertura nei dintorni.

Al fine di dilatare l' *apertura* del *seno* si raccomandano il taglio ed alcuni mezzi *dilatanti attivi*, com' il *midollo* di *saggina*, il *sorghum saccharatum Linn.*, la *radice* di *genziana*, la *spugna incerata* o *secca*, ecc. Per mantenerla poi dilatata sono pur utili i medesimi mezzi *dilatanti attivi* ed alcuni così detti *passivi*, quali sono principalmente le taste secche o spalmate d' un molle unguento o inzuppate in qualche liquido mollitivo.

Al sol oggetto di dilatare l' apertura è in generale da preferirsi il taglio perchè l' azione dei mezzi *dilatanti attivi* è d' ordinario lenta, rare volte sufficiente e di lunga durata, epperciò richiedesi la loro ripetuta applicazione; oltrachè non è cosa prudente l' adoperarli in quei luoghi dove incontransi molte

cartone. In altri casi di seni *profondi della palma della mano ho avuto ricorso con profitto al modo di pressione raccomandato contro all' emorragia procedente dalla lesione degl'* archi palmari (*Ved. la Terapeutica Operativa del Professore* Geri). *Finalmente nei* seni *degl' inguini riesce giovevole e poco incomoda la pressione fatta con il bendaggio erniario.*

parti nervose, tendinee od aponeurotiche. Non perciò, nei ragazzi, nelle donne dilicate, nelle persone in genere che hanno massimo ribrezzo al ferro, nei casi in cui la natura del luogo affetto impedisca l' uso di questo ed in quelli pure di *seni* cortissimi, il loro uso è talvolta utilissimo.

Trattandosi poi solamente di mantenere dilatata l'apertura fistolosa, giovano forse di preferenza i mezzi *dilatanti passivi.* Siccome poi gl' *attivi* ed i *passivi* irritan ed impediscono la libera uscita delle marcie, così il loro uso debb' essere raro, interrotto e congiunto con frequenti medicazioni: oltracciò molli e corti debbon esser i mezzi *dilatanti passivi*, come quelli che hanno per oggetto unicamente di tener aperto l' orifizio.

Fra i mezzi *dilatanti attivi* debbesi dare la preferenza alla *spugna secca* (*1) la quale assorbe meglio la materia, produce, comparativamente agl' altri mezzi, una più pronta dilatazione ed, essendo molle, riesce meno dolorosa delle dure radici spugnose e della stessa *spugna* incerata.

S' usa pure spesso d' introdurre nell' apertura esterna una fettuccia secca o, ciò che è meglio, inzuppata in un liquido ammollitivo o spalmata d' un semplice unguento. Ma questa debbe essere solamente riguardata com' un mezzo capace d' impedire l' adesione de' suoi margini e com' un *conduttore* delle materie che è particolarmente utile nei casi in cui l' *apertura* ha poca tendenza a stringersi o non è necessaria la dilatazione od è questa già stata altrimente conseguita. Nei casi di questa natura io son anzi da lunga pezza solito servirmi in vece della fettuccia la qual è con la sua presenza sempre più o men irritante, d' un grosso specillo bulboso o d' altro simile stromento che introduco entro l' *apertura* una o due volte il giorno secondo la

(*1) *Il migliore modo di preparare la* spugna *è il seguente. S' avvolge e si stringe con un* refe *un molle e grosso pezzo cilindrico di spugna prima inumidita, in modo ch' esso rimanga il più possibile compresso e ricoperto dal* refe. *Dopo qualche tempo si toglie il* refe *e s' introduce nell'* apertura *del* seno *un pezzo di* spugna *così compressa.*

maggior o minore tendenza ch' essa ha a chiudersi, la quale tendenza non essendo mai tanta che s' abbia da temersi la sua totale chiusura tra un' introduzione e l' altra, ne risulta che si mantenga facilmente aperto il *seno* e si schivino gl'inconvenienti a cui dà luogo la permanenza d' un corpo straniero.

Insieme con gl' anzidetti mezzi debbesi pure dare, se la cosa è possibile, alla parte affetta una positura tale che l' *orifizio* del *seno* sia nella parte più declive, affinchè facile riesca lo scolo delle materie, coprendolo ad un tempo con molle unguento ed evitando con precauzione le medicazioni asciutte le quali fanno ostacolo all' uscita del *pus*. Debbesi parimente mantenere nell' immobilità la parte ammalata ogni volta che il *seno* è collocato sotto, sopra, accanto o fra tessuti muscolari i quali, movendosi, impediscono l' adesione. Occorre in fatto sovente di vedere *seni* già inveterati delle estremità e spezialmente dell' ascella, i quali resistono ad ogni altro mezzo e guariscono prontamente mediante l' assoluta immobilità della parte affetta.

Con l' ora detta cura locale coadiuvata anche dall' uso d' alimenti ristorativi e dal cambiamento d' aria in quei casi in cui l' ammalato è macilento ed assai estenuato nelle forze, si vincono molti *seni* e talvolta anch' alcune *fistole*. La terminazione favorevole poi è annunziata da ciò che, a mano che la malattia progredisce verso la guarigione, stilla sempre minore copia di materia la quale, perduti su l' ultimo tutti i caratteri del pus, diventa chiara, alquanto densa e concrescibile. È anzi cosa probabile che il *condotto* morboso, già ristretto pel mutuo avvicinamento delle sue pareti, rimanga finalmente del tutto chiuso da una parte di questa materia separata nel suo interno, la quale si converte in una sostanza spugnosa o *pseudo-membranosa*, capace d' *organizzarsi*.

Quando poi, allontanate le cause, la malattia continua; quando resiste alla *compressione* ed agl' altri mezzi fin qui detti; quando la *compressione* non può eseguirsi perchè il *condotto* morboso scorre profondo e tortuoso in mezzo alle carni o perchè manca il necessario punto d' appoggio, ecc.; e soprattutto quando, oltre

a queste circostanze, il *condotto* ha perduto il necessario grado d' infiammazione adesiva, come talvolta succede, spezialmente negl' ammalati dotati di fibra molle, inerte, debole o dopo un lungo corso di malattia o dopo l' uso soverchio di cataplasmi mollitivi o d' altre sostanze rilassanti, ecc.; la quale cosa si conosce dall' indolenza della parte, dall' esser essa edematosa, dalla tenuità delle materie purulente, ecc.; giova allora spesso provocare il necessario grado d' infiammazione con l'applicazione di cataplasmi o fomenti aromatici (1), di liquori eccitanti ed

(1) Il sig. V., d' anni 50, nativo ed abitante in questa Città, abitualmente dispnoico, dotato d' un abito di corpo lasso e proclive alla cachessia, assai valgo e difformato in tutta la persona per cagione d' una grave e lunga rachitide sofferta nell' infanzia, fu affetto nel mese d' aprile dell' anno 1851 da un' ulcera sifilitica locale la quale cicatrizzò in breve tempo con il solo uso interno del calomelano e delle polveri del Plenk, prese per lo spazio di dodici giorni circa. Sia effetto del mercurio preso incautamente in una stagione non propizia, sia effetto d' accidentali cause reumatiche, il vero è che si risvegliò una subdola infiammazione duodeno-epatica, la quale si mitigò presto mediante un energico metodo antiflogistico positivo e negativo consigliato da un valente Dottore e sarebbe stata del tutto vinta senz' il concorso d'un altro Dottore, partigiano della dottrina di Brown, per consiglio del quale è stata sospesa la cura antiflogistica. Frattanto mentr'i due Pratici stavano aspettando inoperosi o quasi inoperosi la totale risoluzione del male, si manifestò in via di consenso un'infiammazione grave anzi che no nei ligamenti dell' articolazione femoro-tibiale destra con grande sollievo della flogosi addominale. Nuove divergenze d' opinione essend' insorte fra i due Pratici intorno al metodo curativo da adottarsi contro a questo impensato accidente, si sopracchiamò una terza persona dell' Arte, la quale prendendo norma dall' abito cachettico dell' ammalato, fu di parere doversi sbandir il metodo antiflogistico positivo e consigliò cataplasmi mollitivi su la parte affetta, la dieta, alcuni blandi purganti e più tardi la salsapariglia. Intanto l' infiammazione dell'articolazione, non frenata, oltrepassò i confini di questa e, diffusasi al tessuto celluloso della parte inferiore della regione poplitea e della superiore della regione posteriore della gamba, vi generò

astringenti, ecc. o, ciò non riuscendo, con l'introduzione di candelette o di taste semplici o spalmate di qualche unguento eccitante ed anche leggiermente catcretico o caustico; o con le

un vasto ascesso tra i muscoli profondi di quelle regioni. In tale stato di cose avend' io veduto per la prima volta l'ammalato, quaranta giorni circa dal principio della malattia, lo rinvenni agitato da gagliarda febbre di suppurazione con le regioni del poplite e del polpaccio dure, assai tumide ed affette da risipola edematosa con senso d'oscuro ondeggiamento verso la parte media della gamba accanto all'angolo interno della tibia e verso l'angolo posteriore del perone vicino all'estremità superiore. Il piede era assai edematoso ed il ginocchio duro, tumido e dolente. Chiara appariva l'esistenza d'una grande raccolta di pus sotto la lamina profonda dell'aponeurosi della gamba cioè di quella lamina che, continua da una parte all'aponeurosi del muscolo popliteo, s'inserisce verso la parte esterna al margine posteriore del perone e verso la parte interna al margine interno della tibia. Era pure cosa chiara che il pus, frenato dall'aponeurosi, s'era fatto strada verso i luoghi delle naturali inserzioni di questa, dove, poche essendo le parti molli, dava segni di sè. L'indicazione la più urgente essendo quella di dar esito al pus, s'eseguì subito una spaccatura lunga un pollice e mezzo, rasente il margine interno della tibia. Ne uscì una grande quantità di marcia verdiccia e fetente con entro alcune quisquiglie aponeurotiche e da quel momento in poi le cose migliorarono così prontamente che a capo di dieci giorni altro più non istillava dall'incisione se non se un po'di siero, essendo cessato affatto il dolore e disenfiata la parte. Molto diminuita era pure la gonfiezza del ginocchio. In questo mentre l'ammalato commise l'errore di discendere dal letto e di fare alcuni passi. E ciò bastò per risvegliare una nuova acutissima flogosi suppurativa nel cavo dell'ascesso, sì che la malattia ritornò nello stato di prima e forse peggiore. In questo rimbalzo il pus, rotto l'argine che gli faceva l'inserzione aponeurotica dalla parte del margin posteriore del perone, si fece da quella parte strada al di fuori; talchè la materia dell'iniezione da quest'apertura scorreva liberamente per la regione del poplite e del polpaccio ed usciva quindi dalla prima incisione della metà della gamba. S'ebbe ricorso ai cataplasmi mollitivi, alle iniezioni della stessa natura, alla dieta dolcificante, alle bevande diluenti e si consigliò l'immobilità della parte. Trascorsero di poi venti giorni

iniezioni di sostanze dotate d' identica virtù medicamentosa, come son il vino generoso solo od aromatizzato, una soluzione di sal ammoniaco o di potassa o di fosforo o di solfuro di potassa, l' alcoole, una leggiera soluzione di nitrato d' argento nello stesso alcoole, lo spirito del Minderero, l' olio essenziale di trementina, l' acqua di calce con la tintura di cantaridi o con l' oppio e simili. Alcuni propongono d' irritar e pungere con la punta della tenta il *condotto* morboso fin a farne stillar il sangue e pretendon averne con questo mezzo ottenuto più presto la chiusura. Altri, tra cui principalmente Volpi, promossa con le *iniezioni* un' infiammazione sufficiente, ricorron alla *fasciatura espulsiva* ed io poss' accertare d' aver in alcuni casi avuto con felice successo ricorso a questi due compensi uniti. Gl' abitanti dell' Isola di Cuba ottengon il medesimo intento con lo stipite d' un arbusto chiamato *uejuco a campanillas* che introducono nel *condotto morboso*. È cosa superflua l' avvertire che questi mezzi son inutili ed anche dannosi se s' adoperano quand' il *condotto* morboso imbocca in qualche cavità articolare, viscerale e simili; quando si termina in una viscera piena od in un'altra parte importantissima; quando nel suo fondo v' è un grave guasto incorreggibile con la nuova artifiziale infiammazione, ecc. Nissun in fatti sarebbe cotanto mal avvisato d' usare le inie-

senza ch' io abbia riveduto l' ammalato. Avendo quindi surrogato il Curante, io rinvenni l' arto affetto indolente, freddiccio ed edematoso; le ulcere stillanti un umore tenue e scolorato; il ginocchio molto meno tumido, ma ancora dolorosetto e nel resto naturali tutte le funzioni. S' erano fin qui continuati i cataplasmi mollitivi. L' edema del membro affetto, la sua indolenza, la natura della secrezione morbosa, tutto in somma rappresentando l' atonia ed il rilassamento, io consigliai l' uso di cataplasmi fortificanti con il vino, quindi fomenti vinosi tiepidi ed un vitto ristorante. Con questi mezzi s' ottenne una prontissima guarigione delle vaste ulcere sinuose e fistolose; talchè venti giorni dopo l' ammalato munito d' una fasciatura *espulsiva* fu nel caso di recarsi alle Terme d' Acqui per riparare alla semianchilosi superstite alla lunga flogosi dei ligamenti del ginocchio.

zioni stimolanti od alquanto caustiche, se l' accidentale *condotto* avesse fondo in un rene affetto da calcolo o nella cavità del peritoneo, d' un' articolazione, ecc. ; ovvero se fosse superstite a vasti e profondi ascessi freddi sintomatici e congestizii, specialmente della parte anteriore della colonna vertebrale (A).

(A) Credo fare cosa utile citando qui un caso di fistola diuturna estesa e grave in cui l' utilità delle iniezioni d' una soluzione di nitrato d' argento cristallizzato superò la mia aspettazione.

Gio. Bonino : anni 55 : muratore : temperamento sanguigno : abito cardio-capitale : costituzione energica : abusatore di vino e d' alimenti calorosi : non stato prima del trentesim' anno della sua vita soggetto ad alcun' altra affezione fuorchè ad irritazioni vasali preparate dal suo temperamento, provocate dal suo mestiero e genere di vitto e vinte sempre con alcuni salassi e con frequenti e copiose epistassi : stato assalito su i 30 anni da flemmone al perineo non avente alcuna relazione causale con malattie delle vie orinarie e dell' intestino retto, il quale largamente spaccato riescì ad una pronta e soda guarigione : stato pur assalito su i 47 anni da angio-gastrenteritide diffusa al cervello con delirio la quale assalita con tre salassi e poi con ripetuti purganti drastici si terminò in una profusa diarrea che in due mesi ridusse l' ammalato all' estrema macilenza. Un giorno, mentre gli s' imponeva un clistere diretto a scemare la diarrea, provò egli un fierissimo insopportabile dolore nella coscia destra che l' obbligò a balzare di letto e ventiquattro ore appresso si manifestò un tumore nel lato destro del triangolo ischio-bulbo-rettale in distanza d' otto linee dall' ano, il quale, presto apertosi da sè diede uscita ad un' enorme quantità di pus che continuò a sgorgare con sibilo nell' atto della defecazione. Fu allora ricoverato in uno Spedale di Provincia dove, dopo una cura d' un mese e mezzo, gli sembrava essere guarito, ma tre giorni dopo l' uscita si riaperse il seno e più copioso ricomparve lo scolo purulento. Fu accettato ai 20 d' agosto dell'anno 1847 nella Clinica operativa. Tant' era lungo il tragetto fistoloso che uno specillo della lunghezza di più di cinque pollici non bastava per trovarne il fondo. La sua direzione era obbliqua all' in fuori cioè divergente dall' intestino retto e radente l' arcata ischio-pubica sin oltre alla grossa tuberosità ischiatica. L' intestino retto fino dove potè giunger il dito esploratore parve illeso. Eppure il sibilo che aveva ne' primi tempi luogo nella defecazione faceva cre-

Talvolta son anch' efficacissimi contro i *condotti* morbosi poco estesi e profondi, alcuni cateretici forti i quali, mentre stimolano potentemente, sostituiscono una superficie nuova alla vec-

dere probabilissima l' esistenza d' un piccolo foro nella parete *rettale*, stato provocato dalla punta del cannellino nell' imposizione del clistere; foro che per la sua altezza non era stato riconosciuto nei primi tempi e che erasi, second' ogni probabilità, turato prima che l' ammalato fosse ricoverato nella Clinica. Due indicazioni si presentavano: spaccatura totale o parziale con legatura delle parti più profonde del seno, oppur iniezioni d' una sostanza capace di indurre la chiusura di quel lungo tragetto. Stava contro la spaccatura totale la profondità della fistola, il pericolo di ledere la falda retto-vescicale e l' arteria pudenda interna mentre costeggia il solco del labbro interno dell' ischion. Escludevano la spaccatura parziale dell' estremità esterna della fistola e la legatura dall' estremità interna la difficoltà ed il pericolo dell' operazione, l' acerbità dei dolori, la diuturnità e l' incertezza della cura. Non essendovi nelle iniezioni alcuno di questi timori e pericoli, s' ebbe alle medesime ricorso e si preferirono quelle di nitrato d' argento cristallizzato alla dose in prima di due grani sciolti in quattr' oncie d' acqua distillata. La metà di questa dose era in su le prime ricevuta nel seno senza che ne ringorgasse neppure una goccia. Destava l' iniezione un senso di stiramento doloroso nella regione ipogastrica che durava mezz' ora circa. L' iniezione si praticava due volte per giorno. Dodici giorni appresso bastava, per la compiuta iniezione del seno, una dose di liquido molto minore di prima ed appena percettibile era il dolore dell' ipogastrio. S' aumentò per gradi la dose del nitrato d' argento fin agl' otto grani nella stessa quantità di veicolo acquoso. A mano che si progrediva nella cura la capacità del seno per il liquido iniettato andava decrescendo e l' iniezione non era più conseguitata dal dolore della regione ipogastrica. Tal in somma ne fu il benefizio che dopo tre mesi di cura l' ammalato era perfettamente risanato, chiuso il seno in tutta la sua estensione, cessato ogni dolore, cessato il senso di peso nella regione perineale, carnagione e forze ritornate (Osservazione stata compilata dal Dottore Prelli).

Fra i liquidi nel testo menzionati di cui l' iniezione ne' seni e nelle fistole torna molto utile tengono uno de' primi posti le soluzioni di jodio che ho più volte sperimentate vantaggiose e di cui

chia ed allargano l' *apertura esterna*. Fra questi meritan in generale la preferenza i trocisci di minio o, meglio ancora, quelli di sublimato o d' arsenico, l' azione dei quali è intensa e poco diffusibile. Destan essi spesso una grande tendenza alla guarigione, capace da sè sola a superar alcune complicazioni le quali dalle cose sopra dette sembra che dovrebber impedirla. Così succede più volte che i *condotti sinuosi* o *fistolosi* dell' uretra renduta libera da preesistenti ostacoli e quelli pure che sono superstiti alla cistotomia perineale, s' incarnino dopo l' azione del trocisco e si chiudan in poco tempo, avvegnachè l' orina vi continui a passare. I medesimi utili effetti si ricavano pure dall' azione caustica del nitrato d' argento nei casi di morbosi *condotti* dell' uretra i quali, tuttochè il Pratico non s'adoperi per deviarne l' orina, guariscono però d' ordinario facilmente con la sola cauterizzazione dell' interna superficie dell' uretra, come l' osservazione quotidiana dimostra.

Quando poi s' è preveduta l' insufficienza o la contrindicazione dei precedenti mezzi curativi o son questi stati adoperati indarno e forse con aggravamento del male, la quale cosa è frequente quand' il *seno* ha già *infistolito* o s' è già organizzato, uopo è allora ricorrer al taglio il quale si fa in tre modi che sono la *dilatazione*, la *contrapertura* e la totale *incisione* di tutto il *condotto accidentale* dall' una all' altra estremità con o senza recisione d' una porzione di pelle. Con il taglio s' apre un' esito pronto e facile alla suppurazione, s' induce un utile eccitamento nel cavo dell' ulcera e si rende piana e scoperta la soluzione di continuità prima profonda ed occulta; la quale cosa contribuisce assai alla guarigione, giacchè da Hunter in poi il comune dei Pratici ha osservato avere le ulcere profonde poca tendenza a coprirsi di buone carni. Il taglio poi, oltre all' essere per questi riguardi il più certo mezzo curativo, serve eziandio al

il valore è stato messo in bell' evidenza dal Dottore Borelli, Chirurgo Ordinario dello Spedale de' SS. Maurizio e Lazzaro ch' io mi pregio aver avuto a mio discepolo.

Pratico per riconoscere o per rimovere alcune complicazioni locali, talvolta non previste, che s' oppongon alla guarigione.

La sola dilatazione è indicata in quei casi in cui il *condotto* morboso dall' *orifizio esterno* s' interna così profondamente e perpendicolarmente in mezzo ad una parte che, volendolo incidere in tutta la sua lunghezza, si dovrebbero tagliare troppi tessuti o parti troppo importanti. In tale caso il taglio debbe risultare più grande verso l' *apertura esterna* e diminuire gradatamente verso il *fondo* e, non impediendolo la forma anatomica della parte o qualche importante tessuto, debbesi replicare da ambi i lati, acciò l' ulcera acquisti una figura conica o piuttosto triangolare con la base all' in fuori, per cui, mentre è libero lo scolo delle materie, facile sia l' introduzione dei rimedi opportuni a detergerla. Questa *dilatazione* si pratica tagliando con il gammautte, parte con la guida della tenta solcata e parte con quella del dito, in direzione tale da non offendere tessuti di molto rilievo, come grossi vasi, nervi, ecc. nè da dividere le fibre muscolari per traverso. Vi sono però casi in cui non si può evitar il taglio traversale d'alcuni tessuti muscolari e risulta poco o nissun danno da sì fatto taglio per riguardo alla naturale funzione della parte tagliata (1).

(1) La contadina Paola Sapina, da Moncalieri, d'anni 28, dotata di forte complessione, di temperamento sanguigno e regolarmente menstruata, sofferse, son ormai quattordici mesi, una violenta distensione nella parte destra della regione dorsale nell'atto che fece uno sforzo per impedire che non isdrucciolasse un grave peso che portava su il dorso. Provò ella nel momento stesso un acerbo dolore nella parte offesa come se qualche tessuto ne fosse stato lacerato. Ma ammansitosi alquanto il dolore dopo alcune ore, continuò ella ancora per sette giorni, benchè con molto disagio, nelle sue occupazioni. Sorpresa quindi da gagliarda febbre con ingruenza a freddo e ridestatosi il dolore, fu costretta star a letto ed ebbe ricorso, per consiglio d' una persona dell' Arte, a cataplasmi mollitivi, a due salassi di libbra e ad alcuni altri compensi antiflogistici. Dopo tre giorni cessò quasi affatto la febbre e si calmò il dolore, ma intanto si manifestò un ascesso nel luogo che corri-

La *contrapertura* è indicata quando la sola *dilatazione* dell' *orifizio* del *condotto morboso* non procurasse un libero scolo alle marcie ; quando lo stesso *condotto* fosse così esteso

sponde al muscolo piccolo dentato posterior-inferiore , tre pollici e mezzo circa sotto la sede del medesimo dolore. Era cosa evidente che il maggiore lavorio purulento aveva avuto luogo più in alto ma che la marcia non aveva ivi potuto raccogliersi in ascesso, frenata dall' aponeurosi *vertebrale* o dei muscoli *dentati* minori, la quale aderisce da un lato alle apofisi spinose , dall' altro all' angolo delle coste e si continua superiormente ed inferiormente con i medesimi muscoli dentati. Vuotato con il taglio l' ascesso , le sue pareti s' avvicinarono bensì , ma non aderirono , a malgrado che fossero state praticate iniezioni di diversa natura e fatte applicazioni di varii empiastri così detti *fondenti.* Talchè dopo quattordici mesi scorsi tra vicende di miglioramento e di peggioramento , di calma e di dolori non però gravi , l' ammalata ebbe ricorso alla Clinica operativa ai 7 di settembre dell' anno 1829.

L' apertura esterna della fistola , circondata da un piccolo cercine di carni fungose , corrispondeva al margine inferiore dell' ultima falsa costa ed era distante un pollice e mezzo circa dall' apofisi spinosa della vertebra corrispondente. Il suo condotto profondamente situato fra le carni e paralello alle apofisi spinose delle vertebre dorsali , si dirigeva all' in su per la lunghezza di tre pollici e mezzo circa , ed il suo corso era esteriormente contrassegnato da un' evidente tumidezza dei tessuti soprapposti , alle volte alquanto dolorosa. Con lo specillo introdotto nella fistola non si toccava scoperto nè carioso alcun osso , e la materia che n' esciva era bianca, inodora ed alquanto consistente. Doloroso anzi che no era il movimento di tutti i muscoli fra cui giaceva il condotto fistoloso.

A malgrado che l' immobilità di questi muscoli e di tutto il corpo, le iniezioni irritanti e la compressione fossero già state altra volta messe inutilmente in pratica , si volle tuttavia ritornar ai medesimi compensi per lo spazio di nove giorni , ma indarno. Per la quale cosa , non ostando alcuna complicazione generale nè locale , s' ebbe ricorso il giorno 16 di settembre al mezzo il più efficace cioè alla totale spaccatura del condotto fistoloso, eseguita con gammautte retto guidato dalla tenta solcata. Essendo l' ammalata assai pingue e muscolosa , la spaccatura riuscì molto profonda. Furono in essa comprese, oltre all' aponeurosi vertebrale, molte fibre carnose dei muscoli trapezio , gran dorsale e piccolo dentato inferiore.

che spaccandolo ne risultasse una soluzione di continuità troppo lunga, e quando scorrendo sotto parti molto spesse ed importanti che non si dovessero tagliare, diventasse poi superficiale

L' ampiezza del condotto era tale ch' esso avrebbe potuto capir un cilindro del diametro di cinque linee. La sua superficie interna si offriva solamente vellosa dal lato dell' aponeurosi vertebrale la quale formava la maggiore parte della sua parete esterna, mentr'era essa coperta da una membrana accidentale, di recente organizzata, nella parte opposta fatta dal piano dei muscoli profondi del dorso. Dopo la spaccatura s' incontrò alla distanza d' un mezzo pollice dall'apertura esterna della fistola un morboso orifizio che era l' entrata d'un altro condotto fistoloso parimente coperto da una membrana accidentale; il quale, partendo ad angolo retto dal condotto principale, si dirigeva per la lunghezza di due pollici e più verso la penultima costa falsa. S' aveva qualche fondamento a credere che questo condotto laterale, compartecipando della flogosi che doveva di necessità insorgere forte nel condotto principale spaccato ed offrendo un libero scolo alle materie che in esso si formavano, fosse per chiudersi spontaneamente o con il soccorso d' alcune iniezioni stimolanti e della pressione, epperciò si giudicò a proposito di non spaccarlo. Riempita quindi la fatta incisione con molli filaccica, vi si soprappose un pezzo di tela spalmato con blando unguento, il tutto contenuto con una semplice fasciatura. Si prescrissero bevande diluenti ed una dieta rigorosa. La febbre traumatica, insorta nella domane, fu mite e cessò in due giorni. Si continuarono per diciotto giorni la dieta blanda, le bevande diluenti, le medicazioni semplici a cui s' aggiunsero di quando in quando serviziali mollitivi; ed in capo a quel tempo, essendosi incarnata e tendendo a cicatrice la soluzione di continuo, si stava pensando al modo di guarir il condotto fistoloso laterale, non stato spaccato, di cui le pareti non avevan alcuna tendenza alla mutua adesione. Frattanto nella notte dei 6 ai 7 d'ottobre essendo succedute rapide vicissitudini atmosferiche e trovandosi l' ammalata immersa in un profondo sonno e scoperta, fu assalita da grave pleuritide dal lato destro, la quale durò fin al giorno 20 del citato mese e richiese un pronto ed energico metodo antiflogistico positivo (dodici salassi generali e due locali) e negativo. Dopo l' accidentale pleuritide si miser indarno in pratica per lo spazio d' otto giorni le iniezioni in un con la compressione. Vista pertanto l' inutilità d' ogni altro mezzo di

ed accessibile verso la sua *estremità cieca* la quale, incidendo i tegumenti o qualch' altro residuo di parti, si rendesse facilmente patente al di fuori, e ciò tanto più se quest' *estremità cieca* fosse nel luogo più declive. Mediante la *contrapertura* le marcie uscendo dai due opposti orifizii, si trattengono meno nella *parte media* e cessano così dal far ostacolo al riempimento ed all' adesione della morbosa cavità.

Per eseguire la *contrapertura* si debb' introdurre una tenta solcata nel *condotto morboso* fin al suo *fondo* facendola sporgere quanto più si può contro agl' integumenti; quindi si taglia

guarire il superstite condotto fistoloso, s' entrò nella determinazione di spaccarlo: il che fu eseguito ai 25 di detto mese, comprendendo nell' incisione una parte dell' aponeurosi vertebrale, del muscolo piccolo dentato inferiore e del gran dorsale. Fatta l' incisione il condotto fistoloso ci s' offerse stretto nel suo principio cioè nel luogo dove imboccava nel condotto maggiore e largo nel suo fondo dal lato delle coste, a guisa d' anfratto di cui la parete esterna era formata dal margine inferiore della ferita, distaccato per un gran tratto dalle parti sottoposte. Ambi i margini della ferita erano spessi e duri. Dopo l' operazione nulla occorse di particolare: l' infiammazione locale e la febbre traumatica furono leggiere: i margini della ferita s' assottigliaron in poco tempo e crebbero ben presto bottoncini carnosi dal fondo della medesima. Non perciò il suo margine inferiore, rendutosi alquanto calloso ed accartocciato, continuando a rimanere distaccato dalle parti sottoposte, a malgrado che s' avesse già avuto ricorso più volte alla cauterizzazione fatta con il nitrato d' argento, alle iniezioni stimolanti, alla compressione, ecc., fu mestieri reciderne tutta la parte distaccata con le forbici.

Da quel momento ogni cosa progredì regolarmente con l' uso d' una semplice medicazione fatta con alcune filaccica applicate nel fondo della ferita e coperte da un pezzetto di tela spalmato d' un blando unguento: talchè l' ammalata uscì dallo Spedale ai 18 di novembre del tutto guarita e senz' alcun incomodo nei movimenti dei muscoli stati in qualche loro parte recisi, rimanendovi soltanto due lunghe cicatrici depresse a guisa di due canaletti (Le notizie di quest' osservazione furono registrate dal Dottore Tamagno).

su la punta coperta della tenta fin a che non sia essa scoperta e si dilata poi l'apertura con la guida della stessa tenta o con quella del dito, in proporzione dell' assottigliamento della pelle: anzi siccome nel praticare questa dilatazione si debb' aver in mira che la nuova apertura sia il più possibile bassa, è quindi cosa necessaria prolungar il taglio, se con il dito nella medesima introdotto si sentisse ancora fondo al di sotto. Si può anch' eseguire la *contrapertura* dal di dentro all' in fuori portando la sonda a dardo od un gammautte nascosto od un particolare trocarre a questo fin immaginato contro il *fondo cieco* del *condotto* morboso e poi traforandolo. Se si mette in pratica il trocarre è mestieri, prima d'introdurlo, di ritirarne alquanto il punteruolo nella cannuccia, affinchè non punga inutilmente la parte prima che sia giunto al vero *fondo*.

La *contrapertura* debbe sempre eseguirsi, se la cosa è possibile, nel *fondo* del *condotto* morboso: ma quando fosse questa in troppa distanza dalla cute e fra tessuti di cui la ferita non andasse esente da qualche pericolo, dovrebbe eseguirsi in quel sito che è meno distante dalla pelle. In tale guisa s' otterrebbe almen il vantaggio d' annichilar una lunga porzione del *condotto* medesimo, d' avvicinarsi alla sua *estremità* d' *origine* e talvolta anche di mettere questa in tale direzione con la *contrapertura* che divenisse poi cosa facile il curarla.

Qualora non fosse possibile fare penetrare la tenta, anche in varia guisa piegata, a cagione delle tortuosità o dei diverticoli del *tragetto*, si dovrebb' eseguire la *contrapertura* nel luogo dove fossero men equivoci i già detti segni topici del *fondo*, desunti dal cangiamento del colore e della consistenza della pelle, dalle iniezioni, dalla raccolta delle marcie, ecc., e ciò dopo avere turato l' *orifizio* dell' ulcera e, con la guida delle cognizioni anatomiche ed anche con il tatto, acquistata la certezza che nel luogo in cui si ha da operare non vi sono vasi cospicui. Se, comunque siasi eseguita la *contrapertura*, la malattia continua, non si dovranno trasandare le iniezioni, la pressione e gl' altri mezzi altrove detti, ove nulla ne contrindichi l' uso.

Quando però, a malgrado della praticata *contrapertura*, l'uscita del marciume non fosse libera ed il *condotto* morboso s'offrisse inerte e duro, è spesso cosa utile il fare passare con un ago flessibile, ottuso, sufficientemente lungo e munito di cruna o con una tenta ottusa altresì con la cruna, un *setone* formato con fili di bambagia o di seta, proporzionato al caso, per tutta la lunghezza del *condotto*, spalmando anche all' uopo il medesimo *setone* di rimedi stimolanti, cateretici o d' altra natura secondo la particolare indicazione e facendolo scorrer ad ogni medicazione. Questo *setone* poi debbesi impicciolire, togliendone uno o due fili ogni secondo o terzo giorno e quindi levarsi, allorchè dalla buona indole della marcia e dalla diminuzione della sua quantità s' abbia luogo a credere che non sia soltanto cangiata e migliorata la condizione del cavo morboso, ma sia già incoato l' utile lavorio d'incarnazione, avendo di poi ricorso alle iniezioni, alla pressione, ecc. Debbesi avere particolarmente cura di non lasciar il *setone* in sito oltre al bisogno, giacchè, come corpo straniero, può esso generar una notevole suppurazione o callosità.

Il *setone* a tutto poter encomiato da Beniamino Bell e nei tempi antichi assai più che non oggigiorno messo in pratica, favorisce l' espulsione dei corpi stranieri allorchè esiste la siffatta complicazione (1) ed è scevro da ogni maniera di peri–

(1) Ai 24 di maggio dell' anno 1851 fu ricoverato nella Clinica operativa Moriondo Giuseppe, in età d' anni 12, fornito di temperamento bilioso e di buona costituzione, per esservi curato d' un' ulcera fistolosa alla coscia sinistra avente due aperture callose, una delle quali al lato esterno, tra il femore ed il tendine del bicipite verso il principio del condilo esterno, e l'altra al lato interno tra esso femore ed i tendini riuniti del sartorio, retto interno, semimembranoso e semitendineo verso il principio del condilo interno. Lo specillo introdotto in queste aperture scorreva liberamente dall' una all' altra parte della coscia, urtando nel passaggio la superficie posteriore del femore, per un lungo tratto scoperta e cariosa. Uscivane una grande quantità di marcia tenue, giallo-verdiccia e fetente. Circolarmente inspessato era il periostio del-

colo anche quando il *condotto morboso* scorre profondamente tra muscoli, grossi vasi sanguigni, nervi, ecc.; epperciò quando pericoloso sarebbe l' uso così del gammautte come delle inie–

l' estremità inferiore del femore per l' estensione di due pollici e mezzo. Il ginocchio s' offriva tumido, doloroso e la gamba assai rattratta ed alquanto più piccola del naturale. Da un' esatta relazione fatta dal Pratico che lo aveva curato si ricavò « che un anno prima era egli stato assalito, in seguito ad una violenta causa reumatica, da forte flogosi dei ligamenti del ginocchio, la quale s' era diffusa al periostio dell' estremità inferiore del femore e, per mezzo del periostio, al tessuto celluloso circondante e che dopo ciò si manifestò un vasto ascesso nella parte più bassa della regione posteriore della coscia, il quale scoppiò spontaneamente nel lato esterno della medesima e fu artificialmente aperto nel lato interno ». Il calore, il dolore e la tumidezza del ginocchio e della parte inferiore della coscia indicavano che coesisteva tuttora una lenta flogosi alquanto esacerbata dal viaggio: quindi si prese il partito di sedarla con cataplasmi mollitivi, con la dieta, con il riposo e con le bevande diluenti, aggiuntivi all' uopo alcuni serviziali semplici e blandi eccoprotici. Nello spazio di quindici giorni dall' uso di questi mezzi si calmò la flogosi, diminuiron assai il morboso gonfiamento e calore della parte e la gamba rattratta principiò a distendersi. Allora si fece trascorrer un setone per l' ulcera fistolosa dall' una all' altra parte della coscia al fine di ravvivare o di cangiare lo stato organico-vitale dell' osso carioso e di favorire l' espulsione d' alcuni frammenti ossei già distaccati dall' osso principale. Ma insorta dopo dieci giorni nella parte affetta una risipola consensuale d' irritazione gastrica, si dovette estrar il setone e lasciar in sua vece nell' ulcera un semplice filo. Combattuta intanto nel giro d' otto giorni la risipola con il metodo antiflogistico positivo e negativo, si riapplicò il setone, durante l' uso del quale, continuato per lo spazio d' un mese, usciron alcuni minuzzoli d' osso insieme con un pezzo di fettuccia che v' era stata introdotta lungo tempo prima, il pus diventò scarso e di lodevole indole, le aperture fistolose si restrinser assai coprendosi di cicatrice e la parte ritornò quasi al suo volume naturale. Allora si diminuì insensibilmente il numero dei fili del setone e poi questo si levò via affatto. Acquistata quindi con lo specillo la certezza della guarigione della carie, si fece una semplice pressione su la parte posterior-inferiore della

zioni di sostanze acri. Ma provoca esso sovente una viva infiammazione: la quale cosa succedendo, nè potendovisi riparare con l' uso delle sostanze mollitive e con spalmarlo d' un blando unguento, è mestieri levarlo e sostituirlo, spezialmente nei casi in cui la sua introduzione fu piuttosto difficile, con un semplice filo che si ha l' avvertenza d' annodare prima ad una delle sue estremità. Con la guida di questo filo è poi cosa facile reintrodurlo, calmata la flogosi, per continuarne l' uso, s' è tollerato ed, in contrario evento, per abbandonarlo affatto.

Il più efficace però di tutti i mezzi è l' *incisione* totale del *condotto morboso* secondo l' antica sentenza che *curatio sinus dilatatio est.* Questa conviene più generalmente quando il *condotto* ha infistolito, soprattutto se non è troppo lungo (1) e se la cute è così assotigliata che non sia più capace di rincarnare ed aderire, nè v' è alcuna delle *contrindicazioni* già qua e là notate (2). Anzi se la cute è molto macerata e sottile od in-

coscia nella direzione del condotto fistoloso, applicando ad un tempo una listina di blando unguento su le aperture fistolose di cui s' ottenne in pochi giorni la totale guarigione; sì che l' ammalato il quale non poteva nè poco nè punto reggersi su la parte affetta, fu in grado di passeggiare senz' aiuto di sorta alcuna. Ciò non pertanto, rimanendovi ancora un tale poco di rigidità nei ligamenti dell' articolazione del ginocchio, gli si consigliarono le terme minerali d' Acqui a cui egli s' è trasferito verso la metà del mese di luglio del citato anno ed in virtù delle quali venne pressochè del tutto liberato anche da quest' incomodo (Osservazione stata compilata dal Dottore Melino),

(1) *In alcuni casi si possono però praticare lunghe* incisioni *non già tutt' ad un tratto, ma a mano che una parte del* condotto *morboso cicatrizza.*

(2) *Vi fu chi propose d' aprire le* ulcere sinuose e fistolose *con i caustici. Questi però dovendo riescire, se non più dolorosi, meno sicuri del taglio, accadranno difficilmente casi in cui si possano per alcuna ragione preferire. Debbono tutt' al più tenersi in qualche conto allorchè la malattia ha fondo in una ghiandola esterna indurata ed altrimente irresolubile di cui il caustico promove bene spesso la fusione.*

zuppata od indurata e quasi scirrosa da dovere temer una lunga e stentata suppurazione, uopo è tagliarne la porzione viziata in forma di + o di T oppure reciderla affatto (1) o parzialmente,

(1) Gio. Versino da Leiny, d' anni 53, contadino, robusto, dotato di temperamento bilioso, fu ricoverato nella Clinica operativa ai 13 di giugno 1828 a cagione d' un' ulcera fistolosa, stretta, cinta di carni escrescenti e collocata nel centro d' una linea tirata dall' ano alla tuberosità ischiatica sinistra; la quale ulcera metteva capo in un cavo sottocutaneo molto esteso. Livida era la pelle coprente questo cavo di cui le pareti eran assai spesse, durotte e dolorose al tatto. Stillava dall' apertura un umore icoroso e fetente. La parte affetta era circoscritta internamente e superiormente dall' ano, s' estendeva inferiormente due pollici sotto la piegatura della natica e giungeva esternamente fin alla tuberosità ischiatica. L' ammalato raccontò « ch' egli era da un anno circa travagliato da questa malattia la quale era comparsa dopo un raffreddamento del corpo, con forma di gravissima e dolorosissima infiammazione; che questa fu seguita da ascesso il quale scoppiò da sè; che d' allora in poi, tra per la necessità di lavorare e tra per la naturale sua indolenza, avendola egli sempre negletta, l' apertura morbosa non ne guarì mai e che attualmente le cose erano ridotte a tale segno che, viaggiando, faticando o non facendo un' esatta scelta d' alimenti dolcificanti, egli provava dolori tormentosissimi ». Non essendovi alcuna complicazione generale nè locale, la prima indicazione che s' offriva era di spaccare il cavo fistoloso e di metterlo onninamente allo scoperto: la quale cosa fu eseguita, mediante un taglio in croce, due giorni dopo la sua accettazione, previa però l'applicazione d' alcuni cataplasmi mollitivi su la sede del male. Fatta l' incisione si riconobbe che grande era stata la distruzione del tessuto celluloso, soprattutto dalla parte dell' intestino retto il quale non era però scoperto; che le pareti del cavo morboso erano lardacee e che questo cavo, in gran parte coperto da una membrana accidentale, era in alcuni punti ulcerato ed in altri fungoso. Dopo la spaccatura i margini delle ferita si sono assottigliati ed il cavo morboso s' è in breve tempo deterso ed incarnato. Non per questo, si potè mai ottenere che quei lembi, rattratti e pallidi, aderissero al fondo del detto cavo, avvegnachè fossero stati replicatamente messi in pratica rimedi eccitanti, cateretici e d' altra natura. Quindi è che, dopo venti giorni

secondo la particolar indicazione, quando però la cosa si possa eseguire salvamente o senza grave lesione della funzione della parte affetta. Perciocchè in simili casi niun altro risultamento s' otterrebbe con la sola incisione fuorchè quello di convertire un' ulcera cava in un' ulcera cutanea di cui la guarigione sarebbe forse egualmente difficile ad ottenersi.

L' *incisione* si pratica altresì, come la contrapertura, con la guida della tenta solcata e la recisione s' eseguisce generalmente con le forbici. Prima d' eseguire l' incisione conviene talvolta far una *contrapertura* al *cieco fondo* del *canale morboso*, come nelle fistole incompiute cieche esterne dell' ano. Comunque s'apra il *condotto* morboso o per tutta la sua lunghezza o facendovi una *contrapertura* o recidendo una sola delle sue pareti oppure entrambe, s' esamini di poi sempre ed attentamente se non vi sono anfratti o diverticoli che non possano sgravarsi per la nuova apertura, nè essere medicati, ed in evento affermativo, secondo la struttura della parte e la loro direzione, si fendan o s' apran acciò non ritardino la guarigione del morbo o non lo riproducano (1).

dalla prima spaccatura, s' eseguì con le forbici la totale recisione dei medesimi. Da quel punto, medicata la parte con un semplice unguento e più tardi con le sole filaccica asciutte, rapida fu la guarigione; di modo che il Versino appieno ristabilito fu in grado di rimpatriare verso la fine del mese di luglio (Osservazione stata compilata e scritta dal Dottore Marcellino).

(1) Rosa Merlo, d' anni 46, contadina vegeta e robusta, assai muscolosa, ancora menstruata e dotata di temperamento sanguigno, fu ricoverata nella Clinica operativa ai 10 d' agosto 1829 per esservi curata d' un' ulcera fistolosa avente sede intorno al gran trocantere sinistro e superstite ad un flemmone suppurato a cui era ella andata soggetta dieci anni prima. In così lungo intervallo di tempo stillò sempre dall' ulcera materia purulenta in maggior o minore copia, salvochè una o due volte nell' anno si chiudeva essa spontaneamente e dava luogo a gravi dolori locali i quali non s' ammortivano (solita cosa) fuorchè al suo riaprirsi. L'ulcera aveva sede nella parte anteriore ed inferiore del gran trocantere ad un pollice di distanza dal medesimo, di dove si dirigeva in

Dopo eseguita l' *incisione* sola od insieme con la *recisione*, si medicherà l' interna superficie con gl' unguenti semplici, se la flogosi promossa dal taglio v' induce una buona suppurazione

alto sotto l' aponeurosi *fuscialata* sin alla parte superiore del detto trocantere, com' indicavano la tumidezza dei tessuti che formavano la parete esterna del condotto fistoloso, le iniezioni e lo specillo. Nè questo era il termine del condotto fistoloso, giacchè se, dopo ch' esso era stato bene vuotato, si comprimevano i tessuti della parte posteriore del gran trocantere, tornava quello ad empiersi di pus. Non era però cosa possibile determinare al giusto quale fosse la sua direzione nella parte posteriore del gran trocantere, perchè per una parte esso vi scorreva molto profondo e per l' altra i tessuti v' erano uniformemente tumidi ed inzuppati non solo presso il trocantere, ma anche più in giù verso il principio della coscia. Per ogni modo, acquistata la certezza che un vano morboso esisteva tutt' intorno al trocantere e riconosciuta la direzione d' una parte di questo vano, si pensò al modo di liberarne l' ammalata la quale, tuttochè sana nel resto, era condannata all' immobilità quasi assoluta ed a gravi tribolazioni.

Non si potevano sperare utili risultamenti dalle iniezioni contro ad una fistola così inveterata e di cui il fondo era nel luogo il più declive. In quanto alla compressione, era essa già stata negli anni antecedenti sperimentata con nissun vantaggio da alcune persone dell' Arte. Il migliore partito essendo dunque quello di ricorrer all' incisione, il giorno 15 di detto mese si spaccò tutta la porzione del condotto fistoloso posta davanti al trocantere. Fatta l' incisione si scoperse verso il suo angolo inferiore un vano tutto intorno alla parte inferiore del gran trocantere e questo fu pure spaccato. Si scoperse altresì, verso l' angolo superiore della medesima incisione, la continuazione del condotto morboso il quale, dato il giro intorno alla parte superiore del gran trocantere, si dirigeva verso la sua parte posteriore; ma si dovette differirne la spaccatura, perchè l' ammalata fu assalita da un grave stato spasmodico. L' incisione riuscì lunga quattro pollici circa. Il trocantere non era scoperto, ma molto ingrossati s' offrivan i tessuti circostanti. La febbre traumatica, insorta vent' ore dopo, fu leggiera e durò soltanto un giorno e mezzo. Nel termine di venti giorni i margini dell' incisione s' assottigliaron e s' approssimarono incarnandosi ed avviandosi a cicatrice. Allora si pensò a metter allo scoperto l' altra porzione del condotto fistoloso. A quest' ef-

e vegetazione di carni, procurando che il riempimento e l' adesione comincino dal fondo, e ciò con il tener aperti i margini dell' *incisione* fin a che il medesimo fondo sia pieno: giacchè altrimente potrebbero riattaccarsi e riprodurre la malattia. E nel caso che l' interna superficie sia fungosa oppur inerte, dura, parzialmente coperta di cicatrice, epperciò incapace di

fetto s' introdusse ai 10 di settembre una tenta solcata nell' angolo superiore dell' incisione e, fattala discendere dietro il trocantere, s' eseguì con la sua guida una contrapertura tale da capire il dito indice con il quale si scoperse un ampio cavo che si spaccò con il gammautte in una direzione parallela alla detta parte posteriore del gran trocantere, sì che rimaneva appena la distanza d' otto o dieci linee tra l' angolo inferiore dell' incisione anteriore già tendente a cicatrice e l' angolo inferiore della recente contrapertura posteriore. Lo spazio vuoto in quella guisa messo allo scoperto aveva due anfratti di cui uno discendeva tra l' aponeurosi e l' origine del muscolo vasto esterno ed era lungo un pollice e mezzo circa e questo fu pure spaccato: l' altro anfratto si estendeva, a guisa d' imbuto, direttamente contro alla parte posteriore della base del gran trocantere, la quale si toccava però con lo specillo ancora coperta dal periostio. In grazia del morboso ingrossamento dei tessuti questa contrapertura riuscì profonda un pollice e mezzo circa. Ciò non ostante leggiera fu la febbre traumatica. Da quel momento in poi le cose progredirono sempre di bene in meglio; così che, ritornate all' arto affetto l' agilità e le forze naturali, l' ammalata potè rimpatriare verso la metà di novembre, rimanendole soltanto un piccolo condotto fistoloso retto nella parte posteriore del trocantere, da cui stillavano due o tre gocce di siero nel giorno, il quale condotto si chiuse di per sè dopo uscita l' ammalata dallo Spedale. Le secondarie indicazioni curative furono sempre dirette: 1.° a calmare la flogosi locale, consecutiva alle incisioni, con le medicazioni semplici fatte con filaccica inzuppata nell' acqua tiepida, coprendo di poi la parte con un cataplasma mollitivo: 2.° ad ammansire le riazioni febbrili traumatiche con la dieta tenue, con le bevande diluenti, con i serviziali, ecc.: 3.° a favorire, vinte la flogosi e la febbre, l' evoluzione dei bottoncini carnosi e la cicatrice con un vitto alquanto ristorante (Osservazione stata compilata e scritta dal Dottore Tamagno).

generare buone carni, si ricorrerà ai cateretici od ai caustici: la quale cosa accade però di rado. Quando vi siano altre complicazioni le quali o non erano state previste o non s' erano potute combattere prima della total *incisione*, vi si dovrà provvedere secondo la particolare natura del caso.

Gl' Antichi supplivano frequentemente l' incisione con la legatura fatta con un filo di piombo, di seta, di canape o di lino. I Moderni la hanno sbandita, alcuni pochi eccettuati i quali la raccomandano soltanto nella cura della *fistola* dell' ano dove credon operar essa con minore dolore, senza perdita di sangue e senza destare soverchia infiammazione e suppurazione. Però in ordine alla fistola dell' ano può bene dirsi che alcune di queste ragioni sono chimeriche ed altre esagerate e che nella cura della medesima il taglio è da anteporsi alla legatura la quale è in questo particolare caso quasi sempre meritevole di quell' obblio in cui è ingiustamente caduta in alcune altre specie di seni e di fistole. E di fatto al fine d' evitare l' emorragia di una grande incisione praticata d' un tratto sopra persone deboli e pusillanimi, io ho in alcuni casi avuto ricorso con pieno successo alla legatura per divider alcuni condotti sinuosi e fistolosi della cavità ascellare, del collo e della faccia, spezialmente delle ghiandole tiroide, sottomascellari e parotidi.

Non voglio passare sotto silenzio che, essend' inutili o *contrindicati* i mezzi fin qui accennati, si può talvolta ancora ricorrere con felice successo alla *moxibustione* od alla *cauterizzazione* eseguita su la cute corrispondente al tragetto ed al fondo del *condotto sinuoso* o *fistoloso* il quale, ravvivato dalla loro potente azione, bel bello si chiude (1). È finalmente da

(1) Costanzo R., d'anni 30, nativo di Milano ed abitante in questa Città, di temperamento linfatico, pallido ed esile della persona, dotato di molta mobilità nervosa e disposto, a cagione della viziosa forma del suo petto, alle malattie *pettorali* di lungo corso, fu ricoverato ai 14 di maggio 1831 nella Clinica Operativa. Fu egli nell' anno 1827 affetto da ulcere sifilitiche locali da cui guarì mercè delle unzioni mercuriali fatte in numero sufficiente. Nel mese d'a-

sapersi occorrer alcuni casi in cui l' azione d' uno dei fin qui detti mezzi non è utile se non in quanto che vi s' aggiunge la cooperazione dell' altro (Vedi alla pagina 52 del vol. primo :

gosto dell' anno 1850 fu, in seguito a grave causa reumatica, assalito da una violenta infiammazione dell' articolazione coxo-iliaca sinistra, caratterizzata da gonfiezza e dolore nelle parti circostanti all' articolazione, il quale dolore si rendeva più acuto ogni volta che si faceva una pressione nella parte anteriore dell' articolazione o su il grande trocantere in modo da spingere il capo dell' osso contro alla cavità cotiloidea. La medesima flogosi era pur accompagnata da dolore consensuale nel ginocchio, dall' immobilità del membro affetto, da febbre gagliarda, ecc. Negletta da principio, anzi inasprita la malattia con l' incauta applicazione di rimedi irritanti, gettò essa profonde radici ed è in questo stato di cose che l' ammalato, dopo nove mesi passati tra vicende di male e di peggio, fu ricoverato nella Clinica Operativa. L'attuale sua condizione era la seguente : macilenza grande ; pallidezza estrema della pelle ; intumescenza delle palpebre, delle guance e dei piedi ; sguardo languente ; abituale mobilità morbosa del polso ; lenta febbre vespertina con ingruenza a freddo la quale declinava nella mattina con sudore parziale del petto e del collo ; diarrea che durava già da venti giorni ed era accompagnata da dolori vaghi nel ventre; sete, lingua rossa, inappetenza, massima difficoltà della digestione, tumidezza dell' addomine ; risipola edematosa di tutto l' arto affetto; gonfiezza molto dolorosa delle parti circondanti l'articolazione coxo-iliaca ; il trocantere sportato in fuori lo spesso di due diti più del naturale e nel tempo stesso assai doloroso al tatto e tumido per l' inspessamento dei tessuti fibrosi che lo circondano ; il piede rivolto in fuori ; immobilità assoluta; dolore cruciante ad un leggiero movimento, ad una benchè blanda pressione fatta su il trocantere ; un piccolo foro sinuoso nella parte anteriore ed alquanto esterna della coscia, un po' più avanti del trocantere, da cui usciva molto pus fetente, verdiccio ed assai liquido. Da questi sintomi si poteva facilmente arguire ch' eran infiammati i tessuti *entrarticolari* ed il ligamento capsulare; ch' avevano compartecipato dell' infiammazione il periostio della parte superiore del femore, spezialmente della regione del trocantere ed il tessuto celluloso circondante l' articolazione ; che la flogosi di quest' ultimo aveva fatto passo alla suppurazione ; che in fine coesisteva una flogosi secondaria delle vie digerenti, segnatamente dei grossi intestini. Rima-

Caso di guarigione di tre inveterati seni fistolosi, ecc.). In somma in questa come in tante altre occasioni è cosa indispensabile, affinchè gli sforzi dell'Arte siano coronati da felice suc-

neva però cosa incerta se la materia dell'ascesso si fosse formata fuori della cavità dell'articolazione oppure dentro, di dove, ulcerato il ligamento capsulare, si fosse fatta una strada alla parte superiore della coscia; nè era cosa prudente in tanto orgasmo dei tessuti lesi l'accertarsi di ciò con la tenta. La prima e più essenziale indicazione era di vincere la flogosi articolare e quella delle vie digerenti (salasso di libbra dal braccio: dieta rigorosa: latte di mandorle dolci per bevanda: mistura composta d'acqua di lattuga, acqua coobata di lauro ceraso e siroppo d'altea: serviziali di decozione di malva e di latte di mandorle amare: cataplasma mollitivo su il ventre: un altro cataplasma della stessa natura su l'articolazione affetta). Il sangue estratto era assai cotennoso. Con questi mezzi in dieci giorni cessò la diarrea e la febbre: diminuì assai l'infiammazione locale; diminuì altresì la copia del pus e questo acquistò migliori caratteri. Laonde, sospesi i cataplasmi con cui si copriva l'addomine e sospesa pure l'acqua coobata di lauro ceraso, s'applicarono trenta sanguisughe tutt'intorno all'articolazione affetta nello scopo d'attenuarne di più in più la condizione flogistica e si continuarono la dieta, però meno rigorosa, i serviziali ed i cataplasmi emollienti su la parte affetta. In tale guisa l'ammalato entrò in dieci giorni in uno stato di perfetta calma, la materia dello spurgamento diminuì assai, diventando tenue e serosa e l'arto affetto cominciò ad eseguire senza dolore alcuni piccoli movimenti. Siffatto miglioramento e la mancanza di sinovia nella materia dello spurgo indusser a credere che illesa fosse la capsula articolare e s'acquistò di ciò la certezza con lo specillo il quale s'arrestò contro alla medesima, passando in direzione obbliqua dalla parte inferiore e posteriore alla superiore ed anteriore, da prima accanto al margine posteriore del muscolo fascialata e poi più profondamente allato del margine esterno della porzione tendinosa curva appartenente al muscolo retto anteriore e dirigendosi verso l'origine di questa porzione. La lunghezza del condotto morboso era di quattro pollici circa.

Vinto nell'anzidetto modo lo stato flogistico acuto dell'articolazione e rimanendovi ancora lo stato flogistico cronico con notevole inspessamento dei tessuti circostanti, con ingrossamento

cesso, che il Pratico sappia a tempo opportuno variare, unire o sostituir i mezzi curativi e ch' egli sia perciò dotato d' uno spirito giusto e di quello che chiamasi *tatto medico* il quale

del trocantere, ecc. s' ebbe ricorso a due caustici potenziali (potassa caustica), applicati uno dietro il gran trocantere e l' altro nel bel centro d' una linea tirata dal medesimo trocantere alla cresta anteriore e superiore dell' ileon. Così utile fu l' azione di questo mezzo che in trenta giorni scomparve la tumidezza del troncatere, questo s' abbassò, il membro riacquistò insieme con la sua naturale lunghezza una gran parte dei movimenti perduti, l'articolazione ritornò alla sua forma naturale ed il gemizio dell' ulcera fu ridotto, tra giorno e notte, a poche gocce d' umore come seroso. Mentre ogni cosa faceva sperar un buon esito, l'ammalato, avendo abusato d' alimenti di cattiva natura che si procurò di soppiatto, fu sorpreso da grave irritazione gastro-enterica con febbre gagliardissima, con rinnovazione della diarrea, ecc.

Quattro salassi di libbra insieme con la dieta rigorosa, con le bevande mucilaginose, con i fomenti mollitivi su l' addomine e simili, bastarono per sedare in dieci giorni l' accidentale turbazione delle vie digerenti. Ma intanto l'articolazione affetta avendo compartecipato di questo sconcerto, diventò di nuovo dolorosa e tumida, il seno si rinfiammò stillando marcie in tanta copia che, il suo orifizio già assai ristretto non bastando più pel loro libero scolo, convenne dilatarlo con il taglio per la lunghezza d' un pollice circa. In seguito al taglio la parte affetta si disinfiammò. e migliorò assai lo spurgo tanto nella quantità quanto nella qualità. Ciò non ostante non osservandosi nel seno, dopo venti e più giorni d' aspettazione, alcuna tendenza a chiudersi ed essendo cosa pericolosa il ricorrer alle iniezioni eccitanti, alla contrapertura od alla totale incisione, in grazia della sua lunghezza, della grande spessezza delle pareti e della posizione del suo fondo contro alla capsula articolare, si prese il partito di ravvivarlo con applicar un terzo caustico potenziale su il luogo corrispondente al fondo, in modo però che la sua azione non s' estendesse oltre alla cute ed al tessuto celluloso sottocutaneo. Così efficace fu l' azione di questo caustico che, chiusosi in quindici giorni il seno, l' ammalato fu in grado d' alzarsi e di passeggiare senz' alcun sostegno e d' uscire dallo Spedale ai 17 di settembre del detto anno, nient'altro più rimanendogli della grave ma-

altro non è fuorchè un bello e prezioso frutto del genio e della sperienza.

Comunque si curi la malattia, le *callosità* che possono coesistere non esigono d'ordinario alcuna particolare indicazione, giacchè essend' il risultamento d'un' irritazione frequente ed abituale, se vinte sono le cause primitive e secondarie della *fistola*, scompaiono per lo più di per sè durante la cura o poco tempo dopo. Ove però a cagione dell' antichità della medesima *fistola* o della spessezza e del numero delle *callosità* o dell' inerzia in cui è caduta la parte che n' è compresa, fosser esse restìe, nè cedesser al lungo uso delle cose mollitive ed impedissero la cicatrice, basterebbe il tagliuzzarle per determinare un grado sufficiente d' infiammazione capace di promovere la cicatrice e spesso la totale loro fusione. E quando pure fossero superstiti alla cicatrice, ciò che è bene raro, si potrebbe ancora procurarne la fusione con le docciature, con i bagni semplici o solforosi, con i fanghi minerali, naturali od artificiali, con i così detti *rimedi fondenti*, tra cui sono principalmente da annoverarsi la cicuta e l'iodio esternamente usati, ecc. Ma in nissun caso occorre la necessità di reciderle (*1).

Tal è in genere la cura dei *seni* e delle *fistole* di cui si può debellare la causa producitrice. Nel caso opposto si debb' avere ricorso alla cura *palliativa* la quale consisterà ora nel combattere con applicazioni e con iniezioni di sostanze mollitive,

lattia sofferta fuorchè un po' di rigidità articolare che gli rendeva alquanto stentata l' andatura ; la quale rigidità è poi scomparsa quasi del tutto com' avemmo occasione di convincercene esaminando di nuovo l' ammalato un mese e mezzo dopo la sua uscita dallo Spedale (Osservazione stata compilata e scritta dal Dottore Borriglione, Medico Militare di Reggimento).

(*1) *Nelle età passate si giudicava frequente la necessità d' estirpare le* callosità *per la guarigione delle* fistole, *perchè vinceva a que' tempi l' opinione che* scirrosa *fosse la loro natura e che nelle medesime consistesse la causa o per lo meno la circostanza più essenziale della malattia. Ma gl' attuali lumi anatomo-patologici hanno distenebrato di sua caligine quest' argomento (Vedi sopra l' annotazione alla pag.* 373 *di questo volume).*

con i bagni, con l'opportuna dieta attenuante ed anche con salassi locali, raramente generali, ecc. l'infiammazione che si desta di quando in quando nella parte affetta o ne'suoi dintorni: ora nel frenar o correggere il soverchio spurgamento e diminuire la morbosa flaccidezza della *località* con iniezioni e con fomenti tonico-astringenti, con alimenti nutritivi e simili: ora nell'adoperare *corpi dilatanti attivi* o *passivi* per impedire la chiusura del *foro esterno* e per prevenire gl'accidenti che deriverebbero dall'accumulamento e dal soggiorno delle suppurazioni entro la cavità morbosa: ora nel fare pel medesimo fine opportune *dilatazioni* con il gammautte: ora nel variare la posizione della parte o nell'eseguir una *contrapertura* ne'luoghi più declivi, se male situato fosse il detto *foro esterno*, ecc. In ogni caso poi richiedesi la massima nettezza dell'ammalato e specialmente della parte affetta.

In queste generali considerazioni s'è a bella posta toccato solamente di passaggio delle cause e della cura interna delle *ulcere sinuose* e *fistolose*; dei varii caratteri per cui erano dagl'Antichi chiamate *impure*, *cancrenose*, *putride*, *secche*, *umide*, *fungose*, *fagedeniche* e simili ch'esse assumono secondo la varietà di quelle cause e d'altre circostanze accessorie; della differente medicazione locale che loro è appropriata secondo questi caratteri; ecc.: perciocchè per tutte queste qualità non si differenziano esse dalle altre ulcere intorno alle quali l'Allievo ha già ricevuto notizie positive in un'altra Scuola. S'è pure pel medesimo motivo parlato alla sfuggita delle malattie e delle cause materiali che spesso le generano o fomentano o complicano, e della diagnosi e cura di queste malattie o cause materiali. Imperciocchè era principale scopo di questa trattazione di dir intorno a quelle circostanze solo quel tanto che, avendo più immediata relazione con il principale argomento delle *ulcere sinuose* e *fistolose*, poteva renderne più facile l'intelligenza e di parlare più distesamente di queste, considerate come malattia principale; delle qualità che in ispeciale modo le caratterizzano, quali sono la loro figura e, per riguardo alle *fistole*, la *mem-*

brana di *nuova formazione* che le riveste ; ed in fine delle indicazioni che da quelle caratteristiche qualità risultano nella loro diagnosi , nel loro pronostico e nella loro cura. Sembra che le cose per questo verso fin qui dette bastino per le *ulcere sinuose* o *fistolose* le quali non meritano speciale cura, soprattutto *Operativa,* quali sono quelle che hanno fondo nel tessuto celluloso, nella capsula sinoviale d' un tendine , entro la cavità innormale d' un accidentale sacco cistico e simili. Ma siccome molte ve n' ha le quali per la particolare forma e struttura della parte che occupano , escono dai confini di queste generali considerazioni, esigono speciale cura, specialmente *Operativa,* così, affinchè l' Allievo n' abbia una particolareggiata cognizione, conviene che ricorra egli alle *Opere* di *Chirurgia Operativa* in cui son esse circostanziatamente dilucidate. In tale novero sono particolarmente da collocarsi le fistole che mettono capo contro o dentro una membrana mucosa che veste un *condotto* o *ricettacolo escretori* o no od in una membrana serosa od in una ghiandola conglomerata. Le quali perciò sarebbe forse pregio dell' opera dividere in tre principali classi e suddividere in altrettante specie la classe di quelle che mettono capo nei *condotti* o *ricettacoli* coperti da una membrana mucosa , secondochè son essi destinati a trasportar o contener umori *escrementizi* o *escremento-recrementizi*. Se non che per non moltiplicare le divisioni e per non separar argomenti tra se molto analoghi nel solo scopo di stare ligi alle classificazioni , sarebbe forse bene trattare prima delle fistole che penetrano nei *condotti* o *serbatoi escretori* e nello stesso tempo di quelle che hanno fondo nella ghiandola o nelle ghiandole a cui quei *condotti* o *serbatoi* sono destinati ; e poi successivamente delle fistole che comunicano con una cavità coperta da una membrana mucosa , ma non destinata a contenere materie escrementizie ; e finalmente di quelle che s'aprono in una cavità serosa.

ARGOMENTI INEDITI

SEI CASI
DI
COTILITIDE ACUTA

Seguita da apparente rapido allungamento dell' arto affetto e riuscita in tutti i casi a buon esito con la cura antiflogistica sola od antiflogistico-revellente.

Si sa come per solito nel *coxartrocace* l'arto affetto s'allunghi poco per poco ne' suoi due primi periodi e poi s' accorci nell' ultimo e come la fasi dell' allungamento sia in generale altrettanto lunga quant' è breve quella dell' accorciamento. Queste e ben altre cose si sanno intorno a cotesta terribile malattia ch' io non sto qui a ridire. Ma d' una cosa fui sempre sorpreso ed è che, mentre tutti i Pratici sono stati facondi e diserti nel descrivere minutamente il coxartrocace, pochissimi poi abbiano fatto oggetto delle loro indagini la *cotilitide* acuta e che nissuno, per quanto io sappia, abbia parlato dell' apparente allungamento e rapido del membro a questa sussecutivo che mi toccò vedere sei volte. Fatto un rapido cenno di questi casi, io procurerò di dedurne alcune conchiusioni.

Caso I. Nell' anno 1830 ebbi a veder il giovinetto Steffanone, d' anni 12, di temperamento sanguigno-linfatico squisito, vivace, buono, confidente. Visitatolo due giorni dall' ingresso del male, mi fu narrato che tre giorni prima s' era egli esposto all' aria freddo-umida essend' il suo corpo umido di sudore; che nel giorno consecutivo s' era lagnato di dolore nell' articolazione coxo-iliaca destra e che da ventiquattr' ore era immobile nel letto con febbre. *Stato generale:* polso frequente, duro, vibrante: pelle calda e secca: faccia iniettata: sete: disappetenza: lingua biancastra: orina scarsa e rossa: stitichezza: cefalalgia: sonni agitati. *Stato locale*: giuntura coxo-iliaca destra alquanto gonfia, calda, non rosseggiante: senso di profonda fluttuazione nella parte interna ed esterna della giuntura: senso d' intormentimento alternante con dolori lancinanti: massima esacerbazione di questi dolori per la pressione e soprattutto pei movimenti i quali eran incomportabili: nessun cangiamento nella direzione dell' arto: messi al paragone i due arti su d' un piano ben uguale, l' arto destro ammalato sembrò di quattro buoni diti trasversi più lungo dell' altro e m'accorsi che la piega della natica e del poplite dal lato affetto era in uguale proporzione più bassa che non dal lato sano: il trocantere destro alquanto più sporgente. Non nascondo che in presenza di cotesto fatto, il primo di simile genere che mi fosse toccato vedere, io non poteva rimanere capace che quel giovinetto fosse due giorni prima incolume in quell' arto senz' ombra di male o di difformità. Fatto in fine certo dai suoi parenti ed assistenti della recente data del male, io m' appigliai al metodo antiflogistico negativo e positivo cioè sei salassi generali di cui il sangue si mostrò sempre cotennoso, bevande ghiacciate con nitro, dieta rigorosissima, clisteri mollitivi, unzioni più volte ripetute su la località con olio di stramonio ed acido prussico officinale, ed in due settimane ebbi la soddisfazione di vederlo onninamente ristabilito.

Caso II. Nell' anno 1834 mi venne fatto di veder un altro caso a questo analogo. Gay d' anni 13: temperamento sangui-

gno-linfatico: costituzione robusta: due mesi prima, per caduta su il trocantere destro, gli s'era manifestato un dolore nella giuntura coxo-iliaca destra che cedette in pochi giorni al riposo ed alla dieta. Avendo due mesi appresso intrapreso un lungo viaggio a piedi ed essendosi esposto a vicissitudini atmosferiche mentr'era in profuso sudore, rilevò una cotilitide acuta la quale, confusa in prima con un dolore neuralgico ed assalita con soli mezzi oliosi locali, salì in una settimana ad un alto grado d'acutezza. Quando lo vidi otto giorni circa dopo l'ingresso del male, il suo stato generale e locale era come quello dell'ammalato dell'antecedente caso, forse con qualche minor intensità di sintomi. Con otto salassi e con lo stesso metodo di cura sopra citato fu egli liberato dal suo male. A cagione però dell'indugio che gli diede e dell'essere perciò più radicata l'infiammazione, la guarigione non potè essere compiuta fuorchè nello spazio di cinquanta giorni.

Caso III. Giuseppe Marengo da Dronero: anni 18: temperamento sanguigno-linfatico: vivace ed ilare: costituzione robusta: sano fino ai 16 anni in cui fu per causa reumatica assalito da dolore nell' articolazione ileo-femorale destra, stata susseguita nello spazio di tre giorni da allungamento dell' arto corrispondente d' oltre a tre diti trasversi, giudice l' occhio: conservava esso però la positura orizzontale e la sua direzione naturale. Con il riposo, con la dieta, con le unzioni su la giuntura affetta con olio di stramonio ed acido prussico, aggiunto un blando eccoprotico, ne guarì egli nello spazio di sei giorni. Due anni circa appresso cioè nel mese di marzo dell' anno 1842 avendo fatto abuso di vino e di cibi calorosi ed essendosi nel tempo medesimo esposto a vicissitudini atmosferiche mentre sudava, fu nuovamente affetto da dolore vivissimo nella stessa articolazione ileo-femorale destra con febbre e cefalalgia e poco stante cioè due giorni dopo l' arto corrispondente s'allungò più dell' altro d' oltre a quattro diti trasversi: la sola positura che questa volta fosse possibile all' ammalato era quella di mantenere la coscia semiflessa su la parete addominale e questa

positura conservò egli permanentemente per due mesi; nel quale mezzo tempo il Dottore G. gli prescrisse unzioni con il linimento volatile canforato, con pomate irritanti, poi l' applicazione d'un sacchetto pieno di sabbia calda intorno alla giuntura e poi, il male aggravandosi sempre più, quella di cento sanguisughe in due volte su la sede malata. Chiamato allora a consulto, rinvenni l' arto addominale destro molto più lungo del naturale e piegato su l' addomine, riconobbi altresì una violenta riazione locale e generale e prescrissi il metodo antiflogistico generale con i salassi, poi, vinta la riazione costituzionale, locale con le sanguisughe; prescrissi pure la dieta assoluta, l' immobilità della parte, unzioni con olio di stramonio ed acido prussico, cataplasmi mollitivi, bevande rinfrescanti con nitro, blandi clisteri e di volta in volta, non essend' irritate le vie digerenti, blandi purganti salini. Si praticaron otto salassi, s' applicarono settantacinque sanguisughe e s' usarono gl' altri testè detti compensi curativi e l' effetto fu che cessò la febbre, cessò quasi affatto il dolore della giuntura e l' arto potè essere ridotto alla positura orizzontale essendo molto più lungo del naturale. Consultato allora una seconda volta, ho suggerita la formazione d' un rottorio dietro il trocantere maggiore mediante la potassa caustica. Così fatto era lo stato delle cose dopo tre mesi di cura quando l' ammalato fu accettato nella Clinica ai 28 di giugno 1842, dove verificammo essere l' arto addominale destro quattro diti trasversi più lungo dell' altro, ma non più piegato, cessato il dolore locale e cessata la febbre; e dove avemmo in un mese la soddisfazione di vederlo guarito, ridotto il membro alla sua pristina lunghezza, e ciò con la continuazione del rottorio retro-trocanterico, con l' applicazione di cataplasmi mollitivi e con l' uso interno del muriato di calce. La superstite inevitabile rigidezza e debolezza del membro svanì così bene con il progresso d' un tempo anche non lungo che il Marengo si recò sono già molti anni nell' America per accudire ad affari di commercio. (Le notizie di questo caso furono raccolte dal Dottore Arrigo).

Caso IV. Ottini di Torino: anni 12: temperamento linfatico-erettile: espostosi, ormai sei anni, a vicissitudini atmosferiche, cominciò a lagnarsi d' un leggiero dolore nell' articolazione ileo-femorale destra con un poco di stento nel camminare. Soprac-chiamato io tre giorni dopo, lo rinvenni nello stesso stato locale e generale dell'ammalato del caso I. che non istarò perciò a ripetere, l' arto addominale destro comparend' alla vista più lungo dell' altro di sei diti trasversi circa, mentr' in realtà non l' era fuorchè di poche linee. Sei salassi generali di cui il sangue era sempre molto cotennoso, immobilità, dieta assoluta, bevande rinfrescative con nitro, unzioni locali con olio di giusquiamo ed acido prussico officinale, cataplasmi mollitivo-torpenti, clisteri, un blando eccoprotico e su il fine, cessata la riazione febbrile, alcune piccole dosi di sale canale, ecco i mezzi con cui in due settimane si conseguì la totale guarigione.

Caso V. Nel mese di luglio p. p. fu ricoverato nella Clinica operativa un giovinetto di 14 anni, di temperamento linfatico-erettile in cui, per vicissitudini atmosferiche, si manifestò una doglia nella giuntura ileo-femorale sinistra con gonfiezza delle parti superficiali della medesima e con quasi immediato allungamento del membro corrispondente, per cui compariva esso più lungo dell' altro di cinque diti trasversi. Tre salassi generali, dieta, immobilità, cataplasmi localmente, bevande rinfrescative con nitro. In dieci giorni occorse un vasto ascesso nel lato esterno e superiore della coscia il quale fu aperto dal Dottore Bruno, Chirurgo Assistente. Con la continuazione della dieta, dell' immobilità, d' opportune medicazioni s' ottenne la guarigione dell'ascesso, la cessazione dell' infiammazione articolare ed il ritorno dell' arto alla sua lunghezza naturale.

Caso VI. A. S.: anni 11: temperamento linfatico-erettile: scarna e mingherlina della persona. Ancora convalescente d' un' irritazione gastro-enterica a cui s' era più tardi associata una congiuntivo-ceratitide dell' occhio destro, s' espose a vicissitudini atmosferiche da cui rilevò un dolore leggiero in prima, poi acuto nella giuntura ileo-femorale destra con febbre. In tre giorni of-

ferse ella lo stato locale e generale dell' ammalato del caso I. con la giuntura molto tumida, dolentissima e con la coscia onninamente piegata su l'addomine, comparendo l'arto affetto tre diti più lungo dell' altro. Temetti in su le prime inevitabile la lussazione spontanea tant' era sporgente il trocantere maggiore. Ma poi, nissun riguardo avuto al suo abito scrofoloso ed alla sua macilenza, feci praticare tre salassi generali, cataplasmi locali irrorati d' olio di stramonio ed acido prussico, consigliai la dieta rigorosa, l' immobilità assoluta, la bevuta della decozione di tamarindo ghiacciata, clisteri ed ebbi in meno di dodici giorni la soddisfazione d' ottenerne una compiuta guarigione.

DEDUZIONI.

1.° Fuvvi in tutti questi ammalati una cotilitide reumatica o reuma acuto dell' articolazione ileo-femorale.

2.° I dolori immani nei movimenti, nello spingere il femore contro la cavità cotiloidea ed il senso di profonda fluttuazione nella parte interna ed esterna dell' articolazione che in alcuni d' essi si rinvenne, indicavano che la sinoviale ed i ligamenti erano la sede della flogosi. La spessezza delle parti molli che circondano cotesta giuntura è causa che, contrariamente a quanto occorre nelle altre articolazioni comprese da reumatismo articolare acuto, non sempre si possa ottenere cotesto carattere anatomico dell' ondeggiamento.

3.° Tutti questi ammalati erano tra i dieci ed i venti anni, età più proclive al reumatismo articolare acuto.

4.° Tutti erano di temperamento linfatico-erettile o di temperamento sanguigno linfatico-erettile e d' abito più o meno strumoso: abito e temperamento che una lunga sperienza dimostrò servire facilmente d' istradamento al reumatismo articolare acuto.

5.° In tutti la causa determinante fu la reumatica.

6.° Cinque fra i medesimi appartenevan al sesso mascolino; il che prova contro l' opinione d' Hoffman che il sesso debole è

men esposto al reumatismo articolare acuto.

7.° In nessuno d' essi le altre giunture presero parte alla lesione dell' ileo-femorale.

8.° Negl' ammalati dei casi 1, 2 e 4 l' infiammazione locale era nel suo primo periodo associata ad irritazione endocardiaca od endopericardiaca la quale svanì però in poco tempo con l' energico metodo antiflogistico positivo.

9.° Per la grande spessezza de' tessuti molli circostanti alla giuntura ileo-femorale non s' osservò in nessuno quel rosseggiamento della medesima che suole osservarsi in identici mali delle altre giunture.

10. Il metodo antiflogistico positivo e negativo, generale fin che vi fu riazione costituzionale e poi, in alcuni casi, locale, fu utilissimo. Questo metodo che da tempo immemorabile e specialmente dal tempo di Sarcone e Tissot in poi è come inviscerato nella buona Medicina Italiana, è dai Pratici Francesi con una bonarietà che ritrae un tal poco dell' innocenza battesimale attribuito a Bouillaud ed ancor oggigiorno dai medesimi contrastato ne' suoi meriti più evidenti: di fatto Monneret e Legroux condannan ancor il salasso nel reumatismo acuto e Grisolle che s' alzò com' a conciliatore tra questi Autori e Bovillaud, andò con inaudita generosità tant' oltre da ammettere la possibilità di praticare tre salassi e non più (!!).

Con la sì fatta medicina cotanto stentata s' intende perchè nei loro Giornali scientifici e nelle loro Opere mediche si vedano quotidianamente registrati casi di reumatismo acuto articolare riuscito alla suppurazione, all' artrocace, insin alla morte; s' intende ancora perchè si vedan i simili mali durare per lo spazio di due, di tre e più mesi; s' intende altresì perchè dopo un così diuturno corso siavi bisogno di linimenti eccitanti, di bagni minerali per isciorre la superstite rigidezza, i rimanenti ingorghi; s' intende finalmente perchè non voglian eglin aggiustare fede a Bouillaud il quale loro dice che guarisce i più de' reumatismi articolari acuti nello spazio di due settimane. Eppur è questa una verità confermata dalle poche storie anzi

notate a cui potrei aggiungere moltissime altre. Risulta parimente da quelle storie che il temperamento linfatico e l'abito scrofoloso non son un ostacolo all'applicazione di quel metodo, di cui tanta è anzi l'utilità che coloro appunto furono più presto liberi dal male i quali vi furono assoggettati nella sua prima origine ed all'opposto.

11. Utile fu l'uso interno del nitro nel periodo acuto del male.

12. Fu pure localmente molto utile per sedar i dolori il linimento d'olio di stramonio ed acido prussico, a cui ho nei casi 1, 5 e 6 aggiunto con frutto l'applicazione su la giuntura affetta d'un pannolino spalmato d'unguento napolitano, adipe ed estratto idralcoolico di giusquiamo nero.

13. Alcune piccole dosi di solfato di magnesia sporte su il fine del male, non essendovi irritazione gastro-enterica, recarono pure giovamento.

14. In nessuno di quei malati fuvvi bisogno di ricorrer a terme minerali od a linimenti stimolanti locali per vincere le reliquie del male.

15 In un solo cioè in quello del caso 3 in cui il male fu trasandato ne' suoi primi periodi si dovette avere ricorso ad un rottorio locale formato con la potassa caustica.

Un argomento di difficile soluzione così nel coxartrocace come nei casi per me addotti di cotilitide acuta o di reumatismo acuto della giuntura ileo-femorale è quello dell'allungamento dell'arto malato, poichè mentr'alcuni credono reale la sua maggiore lunghezza, altri la credono illusoria e certuni insino pensano che l'arto che apparisce più lungo sia in sostanza più breve. Deriverebber i primi la causa della maggiore lunghezza dalla maggiore copia della sinovia, dal gonfiamento de' tessuti interarticolari, dall'aumento del capo del femore, dalla diminuzione della cavità articolare in profondità, dal rilassamento ed alle volte dall'usura de' ligamenti, de' muscoli, ecc. I secondi, accertatisi dalla maggior elevatezza del trocantere maggior e dall'assenza di morbo nella regione sacrea che la ma-

lattia era veramente un coxartrocace e non una sacro-coxalgia, riconobbero, per la misura presa con filo della distanza esistente tra la cresta iliaca ed il trocantere maggiore e tra la stessa cresta ed il malleolo esterno, che l'allungamento appariva maggiore di quanto era in realtà. Fra quelli poi che credono che con l'apparenza di maggiore lunghezza l'arto sia in realtà più breve havvi Fricke di cui la sperienza ed i ragionamenti sono di grande peso. Messa a nudo con una lunga incisione praticata su il cadavere al lato esterno e superiore della coscia la testa del femore, poi lussata e poi avviluppata con pannilini che ne aumentassero di 4 a 5 linee il diametro e ridotta nella sua cavità, non vid'egli aumento di lunghezza nel membro. Ottenne egli una maggiore lunghezza d'una linea solo quand'aumentava con la giunta di nuovi pannilini il diametro del capo del femore oltre alle sei linee. Ne conchiuse quindi che la gonfiezza de' tessuti interarticolari e le altre sopra addotte cause son incapaci di promovere l'allungamento del membro. In quelle malattie i muscoli eccitati dal dolore sono nel suo concetto contratti e sono causa che il capo del femore s'interni bene nel fondo della cavità cotiloidea e l'ammalato, per lenire il vivo dolore della contrazione muscolare, molto abbassi per instinto il lato corrispondente delle pelvi, siccome succede a chi, essendo coricato supino e volend' allungar una gamba, abbassa una delle anche ed alza l'altra, producendo nell'arto un allungamento uguale all'abbassamento del lato corrispondente della pelvi; allungamento però apparente soltanto, perciocchè con la misura è facile riconoscere che la distanza tra il malleolo esterno e la cresta anteriore superiore della cresta iliaca è anzi diminuita che aumentata.

Fricke rafforza la sua opinione allegando che, se con una coreggia che passi su i trocanteri maggiori si stringe forte la pelvi d'un cadavere, è possibile di far internar il capo del femore nel fondo della cavità cotiloidea e di produr un accorciamento di due a tre linee.

Non ammetto con Fricke che nella sopra citata malattia l'arto

sia anzi accorciato che allungato: non ammetto neppure con altri che quell' allungamento sia sempre illusorio mentr' in sostanza l' arto ritiene la sua lunghezza naturale, poichè in alcuni casi ho effettivamente con la misura riconosciuto che era alquanto allungato. Ma penso che l' allungamento apparisce alla veduta molto maggiore di quanto sia in sostanza e che le ragioni addotte e le sperienze fatte da Fricke meritan ulteriori indagini e severe e coscienziate. Ciò che soprattutto mi spinge a così esprimermi è il riflesso che, sebben in alcuni de' casi per me sopra descritti l' allungamento sembrasse tale alla vista da stupirne, in sostanza però la misura materiale mi porse occasione di correggere l' illusione della vista: forse me l' avrebbe sporta in tutti gl' altri casi se in tutti così io come gl' Assistenti avessimo presa una misura esatta e non ne fossimo stati al giudizio dell' occhio: è ancora quest' altro riflesso che l' allungamento in que' casi era succeduto nel principio del male e nel breve corso d' uno o di due giorni e che in alcuni ammalati era già del tutto svanito prima di quattordici giorni. Chi potrà ciò stante credere che in così piccolo intervallo di tempo potesse raccogliersi nella giuntura sinovia in tanta copia da respingere il capo del femore, o scemare di diametro la cavità articolare, o crescere di volume il capo del femore, od inspessarsi i tessuti interarticolari, o rilassarsi i ligamenti ed i muscoli a segno da succedere l' allungamento dell' arto? Chi potrà credere che con il solo metodo antiflogistico in breve tempo la sinovia avesse potuta esser assorbita, la cavità cotiloidea scavata, i tessuti interarticolari assottigliati, il capo del femore appiccinito, i ligamenti ed i muscoli ritornati alla loro pristina resistenza a segno da rimanerne corretto l' allungamento? Tant'è: vi son ancora in quest' argomento molte *incognite*.

GUARIGIONI

Di gravi e profonde affezioni cariose e necrotiche del primo osso del metatarso senz' amputazione.

Chi conosce quanto il primo osso del metatarso conferisce alla facilità ed alla fermezza dell' andatura dell' uomo, cadrà meco d' accordo che è da farsi grande stima di que' mezzi i quali nelle sue gravi e profonde lesioni porgon al Pratico un modo di conservarlo senz' amputarlo o tutto od in parte. V' è in alcune circostanze ancor un' altra ragione per abbracciare di preferenza i mezzi di conservarlo ed è che l' amputazione del primo osso del metatarso è altrettanto facile e semplice ad eseguirsi su il cadavere quant' è per lo più di difficile esecuzione nel vivente per ciò che in quello, essend' illeso l' osso, il Pratico ha nel medesimo una leva che guida rapido e sicuro il suo gammautte alla giuntura tarso-metatarsea, dovechè nel caso di profonda carie o necrosi d' ordinario od è sciolta la continuità dell' osso o le sue rimanenti parti non comprese nel male sono, per la loro sottigliezza o pel loro ammollimento a cagione del vicino fomite morboso, così poco resistenti che si sciolgono nell'atto operativo mentre il Pratico del medesimo si serve come d' una leva per compire più spedita l' operazione ed allor una porzione maggior o minore della sua estremità posteriore riman ade-

rente alla giuntura tarso–metatarsea. Per il quale evento s' è reso difficile l'isolamento della porzione aderente anche su il cadavere di cui il primo osso del metatarso non avesse sofferto alcuna malattia mai, com' è cosa facile convincersi negli Anfiteatri anatomici resecando quell' osso per modo che rimanga aderente la sola sua estremità posteriore, riesce poi per solito difficilissimo nel vivente per ciò che quella porzione d' osso rimasta aderente, tumida per irradiazione flogistica del vicino fomite, ordinariamente non conserva più le sue naturali relazioni con le altre parti, specialmente solide concorrenti alla formazione dell' articolazione tarso–metatarsea ed in questo caso o l' operazione riesce lunga ed obbliga il Pratico a fare qualche violenza ed a punzecchiare e ledere le vicine parti sane che non dovrebber essere toccate o si debbe lasciare in fondo della ferita la porzione d' osso contaminata. Cotesti due eventi possono, è superfluo dirlo, riescire a noiose sequele. I mezzi con cui in più casi ho potuto supplire l' amputazione sono le ampie spaccature e la cauterizzazione, molte volte ripetuta., con il cauterio attuale, aggiunti a cotesti mezzi, nei casi in cui la malattia era sotto la dipendenza d' una malsania costituzionale celtica, scrofolosa, impetiginosa e simili, gl' opportuni rimedii interni diretti contro l' affezione costituzionale e non negletta mai la conveniente regola di vitto. La quale cosa sarà meglio chiarita dai seguenti casi con parole concise narrati.

Caso I. Paolo Sodano: anni 11: scolare: temperamento linfatico esagerato: abito scrofoloso vistosissimo: costituzione debole. Nella tenera età di due anni gli si gonfiò per causa scrofolosa il primo osso del metatarso sinistro e la gonfiezza in dodici giorni riescì alla suppurazione ed al crepaccio spontaneo verso la regione dorsale. Però non potendone il pus liberamente scolare si praticò quindici giorni appresso una contrapertura verso il lato interno del piede. I due fori divennero fistolosi e duraron in questo stato sin all' età d' anni 11 in cui fu ricoverato nella Clinica operativa ai 16 di gennaio dell' anno 1837.

Quest' era lo stato di lui al tempo dell' accettazione: colore

rosso-paonazzo della pelle coprente il primo osso del metatarso: durezza lardacea de' tessuti molli interposti tra il piano della pelle e quello dell' osso : tale tumidezza di tutto l' osso, comprese le sue estremità, ch' esso aveva acquistato un volume per lo meno tre volte maggiore del naturale : due fori fistolosi circondati da carni escrescenti ed aventi sede uno nel centro della regione dorsale corrispondente al primo osso del metatarso e l' altro nel lato interno del piede in vicinanza della regione plantare : uno specillo ne' medesimi introdotto s' affondava nel centro del primo osso del metatarso dov' erano tra sè communicanti : si toccavano con la punta dello stesso specillo alcune quisquiglie ossee libere nella cavità comune alle due fistole : il tatto riscoteva dolori anche acuti da tutti i punti occupati dal testè detto primo osso del metatarso, più intensi però in vicinanza delle fistole : frequenti sensazioni dolorose spontanee di rodimento e di traffitture, più però di rodimento che non di traffitture : l' ammalato non poteva reggersi su il piede ammalato : appena poteva egli far alcuni passi con l'aiuto d'un bastone ed applicando il solo calcagno al suolo. Chiara era l' indicazione curativa : si doveva prima d'ogni cosa ridurre lo stato flogistico-congestizio locale, correggere la malsania scrofolosa costituzionale e poi provvedere all' incancellabile guasto organico dell' osso. Soddisfatte le due prime indicazioni nello spazio di due mesi circa con il riposo e con i rimedii mollitivo-torpenti su la località e con il muriato di barite insieme con il decotto amaro internamente amministrati, io ho con un ampio e profondo taglio, praticato nella regione dorsale in modo che passasse nel centro della fistola senza ledere il tendine estensore del pollice, messo a scoperto l' osso non solamente nel luogo occupato dalla fistola ma anch' un cotale poco in giro alla medesima e poi, introdotti successivamente per il foro fistoloso osseo cinque cauterii di forma olivare candenti e crescenti in volume a mano che la breccia rimaneva dai primi allargata, ho cauterizzato tutto il tragetto fistoloso ed il cavo interno dell' osso di cui la parte nel limite del lato interno con la regione plantare era così

sottile che il calorico irradiato dall'ultimo cauterio giunse fin alla mia mano che v' era applicata contro. Fatte, subito dopo la cauterizzazione, applicazioni di cose fredde e più tardi di cataplasmi mollitivi, pochissima fu la riazione traumatica ed al decimoterzo giorno si poterono con le pinzette estrarre già dalla flogosi eliminatrice isolati due pezzi necrotici cavi, della forma della metà del guscio d' un avellana e della spessezza di due linee circa. Grande fu dopo ciò il decremento dell' infiammazione cronica, l' osso sgonfiò in un modo vistoso e l' ulcera nel suo interno si deterse dando carni di buona natura. Ma, trascorsi diciotto giorni, vedemmo allontanarsi il miglioramento e stillar un pus tenue ed alquanto fetente. Intromesso allora uno specillo nel centro dell' osso, avemmo ad accorgerci ch' erane cagione un avanzo di carie da cui continuava ad essere contaminato l' osso nella sua estremità posteriore. Cauterizzata subito la residua parte cariosa con due cauterii candenti pur essi di forma olivare, si distaccò dodici giorni appresso un pezzetto d' osso necrotico e d' allora in poi nulla più intervenne ad attraversare la guarigione la quale con una medicazione molto semplice e con soli riguardi igienici e dietetici s' ottenne compiuta. L' ammalato uscì dalla Clinica su lo scorcio del mese di maggio del detto anno potendo già nel camminare servirsi con qualche agevolezza della parte stata travagliata da così lungo morbo ed essend' il primo osso del metatarso ritornato pressochè al suo volume naturale (Storia stata scritta dal Dottore Giuseppe Toscanelli).

Caso II. Gio. Trivero: d' anni 18 : temperamento sanguigno: costituzione buona : sano fin ai 17 anni in cui per eccesso di fatica e per rapida soppressione di traspirazione gli si gonfiò con dolore il lato interno del metatarso sinistro : la gonfiezza riuscì in un mese alla suppurazione la quale continuò con uscita d' alcuni minuzzoli d' osso per lo spazio di sei mesi a capo dei quali fu egli ricoverato nella Clinica ai 10 d' aprile dell' anno 1841. Lo stato della località offrivasi in cotest' ammalato pressappoco su il medesimo andare di quella dell' ammalato dell' antecedente osservazione epperciò non mi rimarrò a descriverlo.

Se non che eravi un solo foro fistoloso pressochè nel centro della regione dorsale del primo osso metatarseo sinistro e toccavasi con lo specillo per il medesimo introdotto nel cavo dell' osso una scheggia ossea mobile. Eravi ancora cotesto divario che l' ammalato di cui si discorre non offriva l' abito scrofoloso. Era cosa evidente che l' interno dell' osso era stato spinto alla carie ed alla necrosi per infiammazione primitiva del parenchima osseo da causa reumatica. A malgrado che non offriss' egli un abito scrofoloso, tuttavia la sua costituzione essendo non poco deteriorata per gli stenti d' ogni maniera, pei dolori, per la diuturnità della suppurazione e presentand' una pallidezza di volto, una flacidità di carni ed una lentezza e mollezza di polso insolite, si credette buon consiglio ricorrere per lo spazio di quaranta giorni circa all' uso interno del muriato di calce e della decozione di salsapariglia alternata con il decotto amaro, intanto che con le cose mollitive e torpenti si disirritò e si disinfiammò per quanto fu possibile la località. Essend' a capo di quaranta giorni molto migliorata la condizione locale e generale del paziente che la notizia d' alcuni crudeli trattamenti nel seno della sua famiglia rendevano vieppiù interessante, fu egli operato nella stessa guisa che l' ammalato dell' antecedente osservazione. Si rinvennero nel cavo dell' osso alcuni minuzzoli ossei necrotici che furon estratti con le pinzette da medicazione. Sciolta era tutta la continuità dell' osso nel suo lato interno. Bastò una sola cauterizzazione. Moderatissima fu la riazione traumatica: quindici giorni dopo s' estrasse dalla breccia un grosso pezzo osseo stato dal cauterio mortificato. D' allora in poi continuando l' uso interno della decozione amara s' ottenne in quaranta giorni una solida cicatrice ed una compiuta guarigione non attraversata da alcun accidente. Prima ancora ch' uscisse egli dallo Spedale su lo scorcio del mese di luglio del detto anno cioè tre mesi dopo la sua entrata, l' osso stato affetto era quasi ridotto al suo volume naturale (Storia stata scritta dal Dottore Jorietti, attualmente distinto Medico Militare di Reggimento).

Caso III. Maria Rizzetti : anni 10 : temperamento linfatico : costituzione mediocre : abito strumoso torpido. Su i sette anni fu tocca da infiammazione d' indole scrofolosa del primo osso metatarseo del piede sinistro per cui, negletta come fu per tre mesi, gonfiò enormemente tutto l' osso, compresa la giuntura metatarso-falangea, poi si formò con enormi dolori un' ascesso nel cavo dell' osso e poi cotest' ascesso scoppiò spontaneo lasciando dopo di se una fistola ossea con carie e con necrosi del parenchima osseo. Fu allora accettata nella Clinica in principio del mese di marzo dell' anno 1846. Eravi tra quest' ammalata e quello del caso I una grande analogia, se non che era in lei meno vistoso l' abito scrofoloso e la località presentava un solo foro fistoloso avente sede nel lato interno dell' osso metatarseo sopra detto : però travagliava ella in soprappiù di una lenta infiammazione de' tessuti molli della giuntura metatarso-falangea da cui era immune l' ammalato del primo caso. Le indicazioni furono pure le stesse, tranne che si dovette insistere per un tempo del doppio più lungo nelle indicazioni curative dirette ad isolare il male dell' osso da quella complicante associazione flogistica articolare. Un' altra causa ancora contribuì a render assai più tenace e lungo il male, e fu che pel vizio organico era già succeduta frattura spontanea dell' osso. Non per questo con l' uso esterno de' rimedii mollitivi e rinfrescativi e con l' interno della decozione amara, del muriato di barite alternato con il protoioduro ora di potassio, ora di ferro, oltre alla convenevole regola di vitto, si venne in tre mesi a capo di sedar e di disinfiammare visibilmente la località, massimamente la giuntura metatarso-falangea e di correggere la scrofolosa tendenza costituzionale. Dopo ciò senza punto smettere cotesta medicazione esterna ed interna si divenne nello spazio di tre mesi a tre energiche cauterizzazioni dell' interno dell' osso con cauterii incandescenti, delle quali la prima fu preceduta da una lunga e profonda spaccatura de' tessuti molli coprenti il lato interno del primo osso metatarseo. Sebbene la prima cauterizzazione fosse stata insistente e profonda ed avesse dato luogo

al distaccamento di più pezzi ossei conformati come frammenti di gusci d' avellana, non per questo alcune porzioni d' osso in cui forse l' affezione patologica era più profonda rinnovaron in qualche angolo della vasta soluzione di continuità il lavorìo carioso e necrotico il quale si smarrì finalmente del tutto e ne conseguitò una solida cicatrice ed una permanente guarigione, ritornato l' osso pressochè al suo volume naturale e perfettamente consolidato nella sede della frattura spontanea. Già il Lettore si è accorto che così in queste come nelle due antecedenti osservazioni io non ho parlato fuorchè delle cose principali e più essenziali ragguardanti al male ed alla sua terapia senz' entrare nelle minute circostanze di successivo progresso, di momentaneo regresso della malattia, di medicazioni giornaliere e simili, che avrebbero senz' alcun pro reso molestamente prolisso il mio dire. In questo soddisfacente stato l' ammalato prendeva congedo dalla Clinica nel mese di novembre del dett' anno cioè dopo otto mesi di cura (Osservazione stata registrata dal Dottore Lesona).

Caso IV. Lorenzo N. da Cherasco : stalliere : anni 34 : temperamento sanguigno-linfatico : nato da parenti sani : persona viziosa, zotica, intemperante, irresoluta : costituzione così robusta che, a malgrado dei continui stravizzi e del rovinoso vizio dell' onanismo a cui era perdutamente dedito, visse incolume sin ai 29 anni, se si eccettua un' odontalgia con carie d' un dente molare a cui si rimediò da prima con due salassi e poi con l' estrazione del dente affetto. A quest' età, dolendogli già la parte interna della regione metatarsea del piede destro per l' uso di scarpe troppo strette, fu ancora colpito nella stessa regione da un calcio di cavallo. Non desistend' egli per ciò dalle sue ordinarie occupazioni e continuando nel solito uso ed abuso di cibi e di bevande calorose, insorse infiammazione grave nell' interno del primo osso metatarseo, per cui in mezzo a fieri dolori crebbe questo ad un volume tre volte maggiore del naturale, poi si formò un ascesso *entrosseo*, poi questo s' aperse per due fori di cui uno nella regione dorsale

e l' altro nella regione plantare. Ridotto allora a mal partito dall' incalzante male, dovette egli ricorrer all' ospedale di Savigliano dove, dopo due salassi, qualche tempo di riposo, l' uso di cataplasmi mollitivi, un' ampia incisione della parte, blande ed esatte medicazioni consecutive e l' impiego d' altri mezzi di cura razionale, non ebbe nel corso di sette mesi alcun sollievo per ciò che commetteva continui disordini d' ogni maniera, specialmente in riguardo ad alimenti ed a bevande. Si voleva sottoporlo all' amputazione del primo osso del metatarso in un con il pollice corrispondente, ma egli prescelse di ritornare alla sua casa. Fu qualche tempo dopo colto dalla scabbia di cui guarì in venti giorni mercè de' rimedii solforosi. D'allora in poi ripigliò l' esercizio del suo mestiere, non smise la sua vita disordinata, stette contento ad applicare unguenti di varia natura su la località e così continuò per lo spazio di quattr' anni, a capo de' quali peggiorando il male fu accettato nella Clinica operativa ai 25 di settembre dell' anno 1841. Era egli allora nel seguente stato: tumidezza enorme del primo osso metatarseo: uscita di copioso umore icoroso dalle due sopra accennate fistole di cui l' entrata era circondata da carni luride, escrescenti: lo specillo in esse introdotto metteva capo nel centro dell' osso in cui si riconoscevano mobili alcune quisquiglie ossee necrotiche: non molto deteriorata la condizione generale della persona. Messo qualche tempo dopo la sua accettazione a scoperto l' osso, massimamente lo sbocco della fistola da cui era percorso, con un ampia spaccatura praticata su la regione dorsale ed estratti i pur ora nominati pezzetti necrotici accovacciati nel centro dell' osso, io ho con l' introduzione successiva di cinque cauterii candenti di cui alcuni di forma olivare ed altri di forma orbicolare, cauterizzata tutta la faccia interna del cavo osseo la quale offrivasi in questo, come negl' antecedenti casi, tutta cariosa. Ho pure sottoposto l' ammalato all' uso interno del protojoduro di potassio. Dopo quindici giorni s' estrasser alcuni pezzuoli d' osso stati dalla cauterizzazione mortificati ed aventi la forma dei brani d' un guscio d' avellana e d' allora in poi l' osso sgonfiò così

fattamente nel corso di tre mesi ch' era ridotto pressochè al suo volume naturale. Siccome non per questo avanzava ancor un piccolo tratto di carie, ho suggerito all' ammalato per farla finita per sempre con quel contumace male una seconda e leggiera cauterizzazione. Però sempre indocile, sempre irresoluto ed incapace di raziocinio, l' ammalato il quale aveva consentita la mia proposta che doveva attuarsi nel giorno appresso, ma che, credendosi perfettamente guarito pensava di non più averne bisogno, uscì nel giorno stesso dallo Spedale, quattro mesi dopo la sua entrata, e ciò alla mia insaputa e per sotterfugio. D' allora in poi altro più non seppi di lui. Nello stato in cui erano le cose ed ammaestrato dalla sperienza di quanto occorse in altri tali o somiglianti casi credo non andare sbagliato dicendo che con quella seconda cauterizzazione ne sarebb' egli stato onninamente risanato. (Osservazione stata registrata dal Dottore Gio. Battista Gotta).

Caso V. Andrea Garelli : contadino : anni 14 : temperamento linfatico : nato da padre sano e da madre stata quasi sempre infermiccia. Ai 7 anni, previe gastralgia, cefalea e male digestioni, le quali durarono per lo spazio d' un anno, gli si manifestarono più tumidezze ghiandolari in ambo i lati del collo a cui sottentrò per gradi l' abito cachettico. In questo stato ritornando egli un giorno dai suoi lavori ebbe a far un salto in cui il piede destro dovette sostenere tutto il peso del corpo e nella sera dello stesso giorno incominciò a provar un dolore ottuso e profondo in corrispondenza del primo osso del metatarso, stato in pochi giorni conseguitato da tumidezza dell' osso stesso, poi da ascesso, poi da crepaccio spontaneo dell' ascesso verso la regione dorsale del testè dett' osso, avvenuto quaranta giorni circa dall' origine del male in mezzo a dolori piuttosto acerbi. Tuttochè la suppurazione che n' esciva fosse alterata ed icorosa, egli tuttavia, non punto badandovi e medicando la località con mezzi suggeriti da vecchierelle, menò per un anno una vita di stento e di patimenti e finalmente riparò nella Clinica operativa ai 29 di maggio dell' anno 1841. Riconoscemmo

in esso lui: indolenti gonfiezze delle ghiandole della regione giugolare superficiale d'ambo i lati del collo: abito tendente al cachettico: macilenza: celerità di polso e calore di pelle, soprattutto verso sera: grave tumidezza del primo osso metatarseo: uno specillo introdotto nel foro fistoloso che era nella regione dorsale del medesimo s' innoltrava con facilità nel suo centro e somministrava indizio non dubbioso d' estesa carie. Si sottopose subito l' ammalato al riposo assoluto, all' uso esterno dei mezzi mollitivi, ad una congrua regola di vitto, all' uso interno della decozione amara e del muriato di barite con lo scopo di modificare la condizione scrofolosa di cui così evidenti erano le tracce, ed all' applicazione dell' empiastro di Vigo su le ghiandole del collo. Con questi mezzi in fatti vedemmo con molta soddisfazione disirritarsi nello spazio di quaranta giorni il piede, sgonfiare le ghiandole del collo, cessare la febbretta vespertina, ritornare la carnagione, la cute in prima secca aprirsi ad un leggiero sudore, ecc. Si spaccò allora la località e poi si praticò una profonda cauterizzazione dell' interno dell' osso di cui tant' era il guasto organico che non n' era permessa la guarigione con i soli mezzi diretti a correggere lo stato costituzionale. Moderatissima fu la febbre traumatica. Dopo diciassette giorni si distaccaron alcuni pezzi d' osso stati cauterizzati e d' allora in poi continuando sempre l' uso interno de' citati compensi terapeutici, il superstite impiagamento andò celere e senz' alcuna complicazione alla guarigione definitiva. L' ammalato prese il suo congedo dalla Clinica nel mese d' agosto di dett' anno cioè dopo tre mesi non ancora compiuti dalla sua accettazione (Osservazione stata compilata dal Dottore Luigi Roccarey).

Moltiplicare i fatti e lo potrei volendolo sarebbe opera vana, essendo dagl' addotti abbastanza provato l' assunto ch' io m' aveva proposto, ciò è di riscuotere l' attenzione su la potenza della profonda cauterizzazione dell' interno dell' osso nelle menzionate congiunture. Tant' è cotesta potenza che, se da tredici anni circa ebbi più volte occasione di ricorrer all' amputazione parziale del

primo osso metatarseo per malattie organiche della sua estremità anteriore, venni sempre a capo d' evitare là sua amputazione totale per sole malattie organiche del suo corpo non interessanti le sue giunture. La stessa cura ho pure moltissime volte usata in congeneri malattie d' altri ossi ben altrimente importanti pel loro volume e per le giunture loro. Non è mio scopo entrare qui più innanzi in quest' argomento e sto soddisfatto a notare di passo che forse esagerato fu da alcuni il timore delle cauterizzazioni profonde degl' ossi nella loro continuità, specialmente di quelli che servono di puntello agl' arti toracici ed addominali.

Una condizione essenziale per il buon esito dell' incisione e della cauterizzazione, la quale discende per naturale conseguenza dalle cose poc' anzi dette, è che la carie o la necrosi dell' interno del primo osso metatarseo non comunichi con le sue articolazioni tarso-metatarsea o metatarso-falangea: perciocchè in questi casi quel modo di cura lo vidi riescir infruttuoso ed esser un concitativo a grave riazione traumatica. Fece a questo principio eccettuazione il solo seguente caso.

Martino Musso: anni 10: di temperamento linfatico: costituzione debole: abito strumoso: stato soggetto fino dall' infanzia a pedignoni ed a croste al capo ricorrenti tutti gl' anni: stato pur all' età d' anni sei, soggetto alla scabbia la quale mal curata ebbe un lunghissimo corso e fu seguita un anno dopo da artrocace dell' articolazione del primo osso del metatarso destro con la base della prima falange del pollice corrispondente. Erano dall' artrocace ugualmente comprese le parti molli e dure della giuntura. Con i mezzi mollitivi riescì l' artrocace all' ascesso il quale scoppiò da se: ma la sua suppurazione prolungandosi soverchia, ricorse il Musso alla Clinica ai 10 d' ottobre dell' anno 1841 cioè quattro mesi dopo l' origine del male, essend' in questo stato: tumidezza rossa e dolente de' tessuti molli della nominata giuntura, dell' estremità anteriore del primo osso metatarseo e della base della prima falange del pollice corrispondente: fistola avente sede in vicinanza della prima commessura interdigitale: uno specillo per essa introdotto penetrava sino nel centro del-

l'estremità anteriore del primo osso metatarseo, toccando nell'entrar e nell'uscir una scheggia ossea mobile nella giuntura: suppurazione abbondante ed icorosa. S' amministrò subito il muriato di barite con la decozione amara. Fu notevole che dopo venti giorni dall'uso di questo rimedio la scabbia già da qualche tempo svanita, ricomparve di nuovo. Sospesi allora que' rimedii, s' ebbe ricorso ai solforosi per venti giorni, a capo de' quali essendo risanata la scabbia si fece ritorno al muriato di barite ed alla decozione amara con una confacente regola di vitto. Essendomi dopo tre mesi e mezzo di tale cura paruto che molto migliorata fosse la condizione dell'ammalato, senza punto smetterla, rivolsi l' animo alla località che era stata per allora blandità con semplici mezzi mollitivi: spaccata perciò ampiamente la detta fistola ho potuto con pinzette estrarre due pezzuoli ossei necrotici dall' interno della giuntura e poi ho subito cauterizzato con piccoli cauterii roventi e di forma oblunga la base della prima falange ed il morboso seno dell' estremità anteriore del primo osso metatarseo. La riazione traumatica fu moderatissima. Dopo venti giorni si distaccaron i pezzi d'osso stati dal cauterio mortificati e d' allora in poi con semplici medicazioni locali e con la continuazione de' rimedii interni l' ulcera avanzò progressivamente e senz' alcuna complicazione verso la cicatrice la quale era compiuta su lo scorcio del mese di maggio, superstite l'anchilosi dell' articolazione. Dimenticava quasi di dire che veramente la località aveva, pel grave guasto organico, smarrita la forma d' un' articolazione e sono propenso a credere che, senza quel tanto guasto de' tessuti articolari e senza quello quasi totale smarrimento della forma della giuntura, la cauterizzazione non sarebbe riescita così salutare e forse non sarebbe stata così innocente. L'ammalato uscì dalla Clinica nel mese di giugno di dett' anno (Osservazione compilata dal Dottore BARTOLOMEO BERTOLOTTI).

Il metodo di cura di cui s' è fin qui parlato lo vidi ben più utile nella Clinica particolare in grazia delle circostanze molto più favorevoli in cui sono gl' ammalati. La malattia di

cui si tratta essend' ordinariamente sotto l' influsso d'una malsania scrofolosa, è egli necessario ch' io dica qui le tante cause a tutti note le quali negli Spedali favoriscono piuttosto che contenere cotesta malsania ed avversano l' utile effetto de' rimedii diretti a vincerla? Non voglio di fatto, pretermettere di notare qui che vidi quel metodo curativo riescire, non già dannoso, ma inutile in un ammalato della Clinica, per ciò appunto che la cura interna, contrariata dalle speciali condizioni nosocomiali, dalla durata e dall' intensità della labe strumosa, non riescì a vincerla.

Eccolo questo caso.

Andrea Gio.....: calzolaio: anni 20: temperamento eminentemente linfatico: abito strumoso erettile: mal nutrito: stato soggetto all' età d' anni nove a croste al capo, a broncocele, a gonfiezze ghiandolari negl' inguini che svanirono bel bello e spontaneamente all' avvicinarsi della pubertà la quale è cotanto spesso un eccellente correttivo delle disposizioni e delle località strumose. La pubertà non ne procurò però l' assoluta crisi, giacchè ora sono tre anni cioè nell' anno 1838 correndo l' ammalato il decimosettimo anno della sua età, fu egli, in seguito a contusione, assalito da artrocace dell' articolazione falango-falangea del dito pollice del piede destro per cui fu da me con felice esito amputato nella Clinica operativa. Il migliore vitto ed una cura antiscrofolosa adoperata prima e dopo l' amputazione molto migliorarono allora le sue condizioni, ma non ispensero neppure del tutto la sua tendenza scrofolosa. Gettatosi dopo uscito dalla Clinica sguaiatamente al vizio dell' onanismo che, alterando la crasi del sangue ed affralendo la potenza del sistema irrigatore rosso, cotanto conferisce all' evoluzione delle malattie del sistema linfatico-ghiandolare, fu egli di nuovo, in seguito ad un leggier urto su il primo osso metatarseo corrispondente al dito pollice stato amputato, colpito da lenta infiammazione scrofolosa del pur ora detto osso la quale riescì prontamente alla suppurazione, alla carie ed alla necrosi, per cui due mesi dopo l'accidente cioè nel mese di febbraio dell' anno 1841, cercò l'am-

malato ricovero nella Clinica. Il foro fistoloso aveva sede nella regione dorsale del piede in corrispondenza dell' estremità anteriore del prim' osso metatarseo, illesa però l' articolazione metatarso-falangea: uno specillo s' internava nel centro dell' osso in mezzo a tessuti scabri e cariosi: le ghiandole inguinali, molte delle giugulari superficiali e la ghiandola tiroide erano più voluminose del naturale: volto pallido: estremità toraciche ed addominali stentate, sottili, lunghe e scolorite: abituale aumento di temperatura: vascolarità da lungo tempo morbosa. La località fu in un mese molto disirritata e disinfiammata. Con congrui alimenti, con la decozione amara e con le preparazioni di ferro, di iodio, di calce s' ottenne in due mesi un miglioramento nella costituzione, continuando tuttavia una morbosa vascolarità con qualche poco d' aumento di temperatura: s'ebbe allora ricorso all' incisione ed alla cauterizzazione della località. La riazione traumatica fu qui più intensa che non in altri casi: però con un vitto minorativo e con le sostanze mollitive cessò dessa in dieci giorni. Non vedemmo in questo caso, come si vide in molti altri, l' osso mortificato dal cauterio uscire per grossi minuzzoli: ma in vece uscì con la suppurazione in forma di polviglio, lasciando dopo di sè un nuovo strato osseo carioso. Continuando sempre la citata cura interna, si divenne quaranta giorni dopo ad una seconda cauterizzazione e questa volta l'osso cauterizzato si distaccò quindici giorni appresso in forma di grosso minuzzolo. Non per questo, la carie continuò e, se alcune carni sorgevano dall' interno dell' osso, erano queste luride, flaccide e facilmente sanguinanti. Si fecero medicazioni locali con la tintura d' aloe, di mirra, di iodio e con l' acqua di calce, ma tutto in vano. Il mal vezzo dell' onanismo che l' ammalato non aveva abbandonato, molto conferiva per certo al progresso del male ed all' impotenza de' rimedii. Si continuò l' uso interno degl' amari che erano bene tollerati e chiesti dall' ammalato; si continuò altresì un vitto analeptico che l' ammalato agognava e che digeriva bene; si ripeterono tre altre cauterizzazioni; l' interno dell' osso rimase in gran parte scavato: ma non per ciò,

la carie continuava pur essa sebbene più circoscritta e l'abito strumoso anzichè al regresso sembrava, per la lunga stanza dell' ammalato nello Spedale, mettersi in progresso ; le ghiandole inguinali e giugolari crescevan alquanto in volume. Ciò visto e visto soprattutto che i forti calori dell' estate di quell' anno molto conferivan a snervare l' ammalato, si secondò il suo voto che fu di ritornare all' aria fresca del suo luogo nativo, consigliato a continuare l' uso degl' amari ed a sottomettersi alla dieta lattea. D' allora in poi nulla più riseppi di lui (Osservazione stata compilata dal Dottore Gio. Battista Gotta).



DUE CASI

D'ASCESSI TONSILLARI

Apertisi spontaneamente nella parte laterale sinistra del collo, di cui uno associato a degenerazione d'una tonsilla.

Non parlo degl' ascessi tonsillari aventi sede nel parenchima stesso della ghiandola e che sporgono nelle fauci dove tendono naturalmente ad aprirsi. Ma ho in animo di dire due sole parole intorno agl' ascessi tonsillari che si formano nel tessuto celluloso profondo che involge la tonsilla dal lato esterno o dal lato del collo, i quali sporgon e s' aprono verso la parte laterale del medesimo collo, ordinariamente sotto l' angolo della mascella ed alle volte più in giù. Sono cotesti ascessi pericolosi non tanto per la raccolta di pus quanto per la concomitante infiammazione più o meno estesa alle parti vicine con difficoltà od impossibilità di trangugiare ed alle volte con gravissima lesione del respiro e debbono perciò riscuotere tutta l' attenzione del Pratico. Non debbon essi aprirsi se non se quando il pus s' è molto avvicinato alla pelle, salvo il caso in cui avesse tendenza ad infiltrarsi al basso su il tragetto de' grossi vasi del collo: imperciocchè, come saggiamente avverte Blandin, al disotto dell' angolo della mascella dove solitamente s' offrono, incontransi, dopo levati gl' integumenti, il muscolo collicutaneo con la solita lamina fibrosa da cui è coperto ed un plesso venoso complicato, formato dalle vene facciale, linguale, faringea,

laringea, tiroidea superiore, occipitale e da un ramo di comunicazione delle giugulari esterne ed interne, di cui la lesione sarebbe inevitabile aprendoli a buon' ora cioè quando il pus è ancora molto discosto dalla pelle e ne potrebbero succedere i noti inconvenienti della lesione di vene voluminose in vicinanza del cuore. Ove ciò non ostante fosse il Pratico deciso d'aprire l'ascesso a buon' ora perchè il pus tende ad infiltrarsi al basso dovrebb' egli, una volta divisi gl' integumenti ed il muscolo collicutaneo dal di fuori in dentro per la distesa d'un pollice circa secondo la direzione dell' asse del collo, abbandonare lo strumento tagliente e servirsi d'una tenta solcata ottusa con cui lacererebbe blandamente il tessuto celluloso profondo, come si precetta di fare nella legatura delle arterie quando si vuole sollevare il vaso e separarlo dalle parti vicine. Fui in alcuni incontri soddisfatto d' avere attuata cotesta pratica. Ma quale sarà la condotta dell' Operatore quando l' ascesso si fosse aperto più in giù nella parte laterale del collo e l' apertura fosse già divenuta sinuosa e fistolosa?

Due volte ebbi nella mia pratica a vedere cotesta fattispecie e tutte e due le volte venni a capo del male con i mezzi che appariranno dalla descrizione di questi due casi.

Caso 1.º Nel mese di febbraio dell' anno 1826 fu curato nella Clinica operativa un tale Francesco Fasano di S. Mauro, contadino robusto, d' anni 36; dotato di temperamento sanguigno-bilioso e scevro da vizi costituzionali. Tre anni prima fu egli affetto, in seguito a raffreddamento di corpo, da grave bronco-tonsillitide. Era più particolarmente affetta la tonsilla sinistra. Con il metodo antiflogistico cessò la bronchitide e scemò la tonsillitide. Tre mesi dopo cadde per la stessa causa in una grave pleuritide la quale fu vinta con un pronto ed energico metodo antiflogistico, superstite l' infiammazione cupa della tonsilla sinistra la quale era un po' ingrossata e rendeva un poco difficile la deglutizione. Nissuna cura pel corso di due anni circa. Nel qual tempo la tonsilla crebbe in volume così fattamente che l' istmo delle fauci era ridotto al lume di quattro o cinque

linee e l'infiammazione lenta in cui era impigliata, raggravata forse da cause eventuali e diffusa al tessuto celluloso che naturalmente la involge dal lato esterno, riescì alla suppurazione la quale s' infiltrò per gradi nel tessuto celluloso del lato sinistro del collo, formandovi un voluminoso tumore, di forma quasi cilindrica che s' estendeva dalla base della mascella sin alla terza parte inferiore del collo. Apertosi spontaneamente questo tumore, ne stillò una grande copia di pus e l' apertura infistolì. Fu in tale stato ricoverato nella Clinica : la tonsilla empieva, come s' è detto, l' istmo delle fauci, era quasi indolente, globosa e pastosa. Eravi nella sua radice dal lato della lingua un piccolo foro da cui sotto la pressione stillava pus. Il lato sinistro della base della lingua e la colonna anteriore del velo mobile erano pur essi impigliati nella stessa degenerazione. Uno specillo introdotto nel foro fistoloso che era nella parte laterale del collo, poteva liberamente passare nelle fauci pel sopra detto morboso foro tonsillare. La deglutizione era quasi del tutto impedita e pessima la condizione dell'ammalato. Pel foro fistoloso del collo ho introdotto un setone nelle fauci, di dove ritiratolo, ne ho annodati i capi sul lato sinistro della bocca, ma con nissun sollievo. Vidi perciò la necessità di recidere la tonsilla in un con la colonna anteriore del velo mobile e con il lato corrispondente della base della lingua ; il che ho eseguito parte con il gammautte, parte con il dito. Ho quindi cauterizzati ben bene gl' avanzi de' tessuti morbosi con l' applizione successiva di dieci cauterii roventi, e spaccato per qualche tratto il tragetto sinuoso del collo. D' allora in poi le cose presero un buon andamento, per guisa che s' ottenne in cinquanta giorni una totale guarigione. I tessuti stati recisi offrivan una degenerazione lardacea ; poca erane la consistenza. (Osservazione stata in que' tempi scritta da un distintissimo Allievo della Clinica di lagrimata memoria il Dottore Dentis da Bra).

Caso 2.° Io vedeva, son alcuni anni, insieme con un abile Pratico di cotesta Capitale il Dottore Pertusio padre, un uomo robusto di forme atletiche e su il fiore degl' anni il quale sei

mesi prima della nostra visita aveva sofferta una grave e minacciosa infiammazione della tonsilla sinistra che era riescita alla suppurazione nel tessuto celluloso involgente la medesima: poco per volta il pus si fece strada sotto l' angolo della mascella e poi più in giù sino circa alla metà della parte laterale sinistra del collo a poca distanza dalla trachea, seguendo il corso dei grossi vasi di questa regione. Il lavorìo d' infiltrazione purulenta fu lento, fu doloroso e fu anche pericoloso per i fenomeni di lesa deglutizione e di lesa respirazione che l' accompagnarono. Un evento solo allentò per quindici giorni il progresso laborioso del male e fu il crepaccio spontaneo dell' ascesso in bocca verso la parte anteriore della base della tonsilla. Essendosi però a capo di questo tempo richiusa l' apertura della bocca, accadde che il pus ristagnante nell' occulto seno del collo siasi per crepaccio spontaneo fatto strada al di fuori nella sede poc' anzi detta. L' ammalato continuava a provar una difficoltà ora maggior ora minore nella deglutizione e nella respirazione. Stentato ed alquanto doloroso era lo scostamento delle mascelle: alquanto più spesse, più dure e più dolorose, soprattutto al contatto, erano la tonsilla sinistra e la corrispondente parete inferiore della bocca: l' occhio scorgeva coteste parti rosse e turgenti: il pus stillante dallo sbocco del seno nel collo era abbondante e sovente strisciato di sangue e fetente: uno specillo introdotto in questo sbocco si dirigeva contro alla base della tonsilla attraversando il corso de' grossi vasi del collo: sarebbesi detto che la carotide fosse a nudo nel tragetto perchè, lasciato libero lo specillo una volta giunto contro la medesima, si vedeva la sua estremità esterna alzarsi e sollevarsi pronta ad ogni pulsazione della carotide. I cardini della cura furono le injezioni d' una soluzione leggiera in prima e poi più satura di nitrato d' argento cristallizzato e blande pressioni fatte su il tragetto del seno con molli cuscinetti sostenuti da listerelle emplastiche. Nel corso della cura si fece estrar un dente molare sinistro tocco di carie e sovente doloroso, nel sospetto che la sua irritazione diffondendosi potesse conferir alla continuazione del male. La cura non s' ultimò che a capo di sei mesi: ma perfetta funne la guarigione.

Qual è l' età in cui i bimbi tocchi di labbro leporino posson essere sottoposti all' operazione e qual è la sutura cruenta preferibile per la riunione dei margini del labbro leporino a quell' età?

I Pratici si son in tutti i tempi preoccupati della quistione relativa all' età in cui hassi ad eseguire l' operazione del labbro leporino. Secondo gl' uni (Dionis, Garengeot, Lassus, Boyer) non è ben operare ne' primi mesi della vita e secondo altri (Ledran, Louis, Sabatier, Dupuytren, Velpeau, Roux) si debb' operar in qualunque età. I primi s' appoggian a queste ragioni. Il bambino grida, schiamazza, non s' accomoda alla precauzioni che l' operazione esige, si spaventa, si commove alla sola vista dell' Operatore: assai molli, i suoi tessuti si lacerano con facilità: impedisce egli più o meno la riunione del labbro mandandovi contro la lingua per l' abitudine che ha di succhiare: intollerante della dieta, egli dimagrisce, secondo Lassus, in due giorni: poco rileva il risanarlo più o men presto finchè non ha l' uso della parola: all' incontro dopo tre o quattro anni dalla nascita è egli già sensibile alle preghiere ed alle minaccie, può tollerare la dieta, è dotato d' una tessitura più resistente: allora pure prova egli il desiderio di guarir e pel sentimento che ha della sua deformità e per la difficoltà che prova ad esprimersi e pei motteggi de' suoi piccoli compagni. Il fatto ha in fine dimostrato che nel labbro superiore complicato la divisione del palato ha, finchè dura l' incremento degl' ossi, una continua tendenza a richiudersi.

Le ragioni poi di coloro che parteggiano per l'opinione contraria sono le seguenti: non si nega il singolare fenomeno del vedersi nel labbro leporino complicato che la divisione del labbro s' allarga con il tempo per il ritiramento de' muscoli che s' inseriscono ne' suoi margini, mentre la breccia del palato non soggetta all' azione muscolare va scemando pel solo incremento eccentrico degl' ossi, ma la sperienza ha nel tempo stesso dimostrato che quella breccia non si richiude quasi mai del tutto in un modo spontaneo e che quando s' arresta pel cessato incremento degl' ossi è poi cosa, se non impossibile, difficilissima, di procurarne, comunque si operi, la totale obliterazione ed è questa molto lenta e stentata; dovechè operando a buon ora, finchè dura nella breccia palatina quella naturale tendenza a richiudersi, quasi sempre s' ottiene la sua totale e pronta obliterazione: un ragazzo di quattro, di sei o più mesi è sovente più difficile a contenersi che non il bimbo lattante: si prevengon in questo i gridi ed i movimenti e gli si procura la calma ed anche il sonno subito dopo l' operazione, ove s' abbia l' avvertenza d' impedirgli il sonno alcuni giorni prima e di somministrargli una qualche preparazione oppiata un poco prima dell' operazione: poi i bambini non sono conscii dell' operazione, perciò non ne hanno timore: un ragazzo di cinque o sei anni non dà in sostanza ai risultamenti dell' operazione un prezzo gran che maggiore che un bimbo: prévede egli anzi a quest' età, sente e si rammenta del dolore senz' avere bastante ragione per tollerarlo: se nel bimbo i tessuti sono più facili a lacerarsi, son essi in compenso anche più proclivi all' aderenza: tarda è l' abitudine di succhiare in chi travaglia di labbro leporino: i movimenti generati dalla bevanda di qualche poco di latte dilungato con acqua, d' acqua d' orzo, d' *Arrow-root* o di brodo non sono da tanto di sconnettere la sutura, se ben eseguita: lasciato a se il male rallenta, e non è bisogno dirne il perchè, l' evoluzione delle facoltà intellettuali; può la morte per inanizione essere la sequela, e lo provò il fatto, del difficile od impedito succhiamento ed inghiottimento per causa della divi-

sione palatina: da molti fatti specialmente da quelli riferiti da Muys, Eistero (A), Sharp, Roonhuysen, Gorrè (B), Roux, Dupuytren, Ledran, B. Bell, Busch, Bonfils, Delmas, a cui potrei aggiunger una buona mano de' miei propri, risulta che l'operazione del labbro leporino eseguita in bambini poco dopo la nascita fu coronata da esito felice.

A malgrado che, già gran tempo, io patrocinassi la causa della pratica dell'operazione in qualunque età, salvo il caso in cui, com' opportunamente avverte Berard, l'indugiare l'operazione è una necessità ed è quando coesistono la divisione del labbro leporino e quella del velo mobile, illeso il palato osseo, per ciò che la stafilorafia che debb' essere praticata la prima e che è resa facile dal labbro leporino, non può essere praticata nella bassa età: a malgrado che le opinioni sopra addotte in favore di questa causa mi sembrassero convincenti: a malgrado in fine ch' io avessi più volte con frutto riunito con la sutura intorcigliata il labbro leporino in bimbi ne' primi giorni dalla loro nascita: debbo però dire che un' ulteriore lunga sperienza mi ha dimostrato com' i margini del labbro leporino riuniti ne' teneri bimbi con la sutura intorcigliata non di rado si sdruciscano e ritorni nel labbro leporino un poco di fessura, d'ordinario però non cotant' estesa come prima. Quindi è che per lunghi anni io aveva seguito il consiglio di differire l'operazione nei casi di labbro leporino semplice che non ha alcun altr' inconveniente fuorchè quello della deformità, della voce nasale e simili, e d' operare prontamente dopo la nascita i labbri leporini che impedivano l' uso della parte, com' il succhiamento, la nutrizione e quelli che obbligavan a nutrir il bimbo con mezzi artificiali o che erano complicati alla divisione della volta palatina di cui la chiusura è molto favorita, e lo dimostra la sperienza, dalla riunione del labbro. Chiamate però più

(A) *Eistero* (Institut. Chir. pag. 631) riferisce molti casi di Chirurghi che l' hanno felicemente eseguita in ragazzi.

(B) *Gazzet. Med. di Parigi* 1840.

volte a disamina le cause di quell' inconveniente m'è paruto che avessero da attribuirsi forse men all' indocilità, al pianto, ai gridi, agli schiamazzi del bimbo che al genere di sutura ed all' insufficiente resistenza dei tessuti all'azione della medesima; di fatto lasciata da oltre 12 anni in disparte l' intorcigliata ed appigliatomi all' incavigliata, io annovero già dieci bimbi così operati con pronta e totale riunione, salvo un solo in cui incontrò una sdrucitura nella parte superiore della riunione in vicinanza del tramezzo molle del naso; sdrucitura che in pochi giorni scomparve con il solo uso delle listerelle emplastiche.

Per brevità riferisco qui cinque soli di que' casi desunti dalla Clinica anzichè dalla mia pratica particolare, de' quali il primo è quello in cui succedette la sdrucitura poc' anzi rammentata.

Caso 1.° Orsola Bricarelli: età di mesi dieci: affetta da labbro leporino congenito semplice e compiuto cioè comunicante con la narice ed avente sede in un punto medio tra la linea mediana del labbro superiore e la commessura sinistra: nutrita ne' primi giorni della nascita in cui v' era massima difficoltà di poppare con latte instillato in bocca: al secondo mese facoltà di poppare ma con grandi sforzi e con poco profitto, giacchè poca era la copia del latte succhiato, quindi lento deperimento delle forze e della carnagione: accettazione nello spedale ai 15 d' agosto dell' anno 1845: sei giorni dopo l' entrata riunione del labbro leporino con la sutura incavigliata mediante due piccoli cilindri in ferro coperti con una listarella emplastica: tre eran i punti di sutura; si rafforzò la sutura con istrette listerelle emplastiche di cui il centro corrispondeva alla nuca e gl' estremi s' incrociavano su la sede della ferita del labbro: si trasandò la fasciatura e la ragazza ch' era di natura irritabilissima per me forse non prima veduta, si diede ad un lungo pianto e fece tali sforzi che, ulceratosi il punto superiore della sutura, la riunione soda non ebbe luogo fuorchè nella metà inferiore della ferita. La sutura che fu tolta al sesto giorno, fu allora rimpiazzata da lunghe listerelle emplastiche circondanti il capo nel modo poc' anzi detto e bastò questo mezzo per ottenere

in quattordici giorni, a malgrado degli sforzi continui dell' operata, una compiuta guarigione. L' operata fu ricondotta a casa sua ai 20 di settembre di dett' anno con il labbro ridotto allo stato naturale. Avend' operato un grande numero di labbri leporini ne' ragazzi io sono persuaso che, a cagione de' continui e lunghi sforzi, gridi e pianti della bimba dopo l' operazione, l' azione della sutura intorcigliata sarebbe stata in questo particolare caso ridotta al niente. (Osservazione stata scritta dal Dottore Biagio Gastaldi, ora Chirurgo della Guardia Nazionale).

Caso II. Pietro Colombano : età di mesi undici : nato da parenti sani : affetto da labbro leporino semplice congenito nel labbro superiore tra la linea mediana e la commessura sinistra: accettato nella Clinica su lo scorcio del mese d' aprile dell' anno 1843 : ai 3 di maggio operazione con la sutura incavigliata, rafforzata da sole listerelle emplastiche applicate come s' è detto sopra: nessun accidente nell'atto operativo nè dopo : levata la sutura al sesto giorno e rimpiazzata con listerelle : guarigione pronta in dieci giorni (Osservazione compilata dal Dottore Giuseppe Troncone).

Caso III. Carolina Coppo : in età d' anni quattro : nata da parenti sanissimi : costituzione buona : affetta ella pure da labbro leporino semplice e congenito avente sede tra la linea mediana del labbro superiore e la commessura sinistra : accettata nella Clinica ai 14 d' aprile dell' anno 1846 : operata ai 20 dello stesso mese con la sutura incavigliata, avvalorata da sole listerelle emplastiche : succedette appena riazione traumatica : levata la sutura al quinto giorno : riunione perfetta : soda cicatrice : partenza dalla Clinica ai 9 di maggio di dett' anno (Storia stata compilata dal Dottore Lessona).

Caso IV. Anna Serra : in età di mesi cinque : sana e robusta: labbro leporino concreato e compiuto avente sede nella linea mediana del labbro superiore : accettata nella Clinica ai sette di settembre dell' anno 1846. Ai 10 dello stesso mese le fu, previa la solita cruentazione de' margini del labbro leporino, praticata la sutura incavigliata, rafforzata da listerelle emplastiche, tra–

sandata ogni fasciatura: pochissima riazione traumatica: levata al quinto giorno la sutura, si rinvennero solidamente tra se aderenti i margini labbiali: con lunghe listerelle emplastiche si continuò ancor a rafforzare le fresche aderenze per lo spazio di dieci giorni, dopo i quali l'operata fu ricondotta alla propria casa su lo scorcio del detto mese (Osservazione stata registrata dal Dottore Prelli).

Non solamente vidi la sutura incavigliata meglio che non l'intorcigliata antivenire la sdrucitura dei margini della ferita, ma ciò che nel mio concetto ebbe più peso per anteporre nell'operazione del labbro leporino su i bimbi la sutura incavigliata all'intorcigliata è che già quattro volte m'è toccato ottenere la riunione del labbro leporino con la prima dopo che l'ultima era stata insufficiente a ciò. Citerò quì due di que' casi desunti pure dalla Clinica operativa.

Caso I. Giorgio Berutti: in età di mesi otto: costituzione buona: nato da parenti sani: accettato nella Clinica in principio del mese di novembre dell'anno 1842: labbro leporino congenito, compiuto e complicato. Offriva due fenditure nel labbro superiore di cui la destra occupava i due terzi dell'altezza del labbro e la sinistra metteva capo nella narice ed era complicata alla divisione dell'arcata alveolare, del palato osseo e dell'ugola. Interposto a quelle fenditure pendeva dalla base del tramezzo molle del naso un lobetto di tessuti molli, largo nella base, stretto nell'apice ed occupante soltanto le due terze parti dell'altezza del labbro. Quelle fenditure e cotesto lobetto avevano in complesso somiglianza alla lettera Y. La narice sinistra comunicava liberamente con la cavità della bocca: stentatissimo era il succhiamento; stentatissima la deglutizione e lo stento nel succhiare e nell'inghiottire cresceva, per ragione naturale, essend' il bimbo supino. Ai 16 di settembre di dett'anno, cruentati i margini delle fenditure labbiali e del lobetto intermedio, tutte insieme queste parti si riunivano con la sutura intorcigliata rafforzata da listerelle emplastiche: ma al quarto giorno dall'operazione si disunivano i margini e ritornava il primiero sconcio:

il solo lobetto medio acquistò da cotest' operazione alquanto più di lunghezza. Essendo tre mesi e mezzo appresso bene cicatrizzati i margini ed assottigliati, ne ho ritentata la riunione comprendendovi il lobetto intermedio e servendomi della sutura incavigliata avvalorata da lunghe listerelle emplastiche. Questa volta si conseguì una totale e solida riunione della fenditura sinistra e rimase disunita per il tratto di sole due linee verso il margine libero del labbro la fenditura destra, e ciò ancora per la disattenzione della balia della bimba, donna di grossa pasta, la quale l' aveva in quel luogo involontariamente sì ma così violentemente urtata che s' ebbe per gran mercè non le sia stata sgangherata insino la mascella. Cotest' accidente fu anzi per me un' ulterior prova della solidità e della potenza della sutura incavigliata. Ridotte le cose in questi favorevoli termini, l' operata fu ricondotta alla sua casa nel mese di gennajo 1843 (Osservazione stata compilata dal Dottore Giuseppe Troncone).

Caso II. Carlo Capo : anni 4 : buona costituzione : nato da parenti sani : accettato nella Clinica ai 24 d' aprile dell' anno 1846 : labbro leporino congenito, avente sede nel labbro superiore tra la sua parte mediana e la commessura labbiale sinistra, comunicante con la narice corrispondente e complicato a divisione dell' arcata alveolare, del palato osseo e del palato molle. Una sorella di lui era pure tocca di labbro leporino semplice. Il poppare essendogli stato impossibile, la sua madre lo allevò somministrandogli in prima latte e poi minestre liquide con il cucchiajo. Essend' egli ancor alla sua casa fu da due Chirurghi per tre volte messa in pratica la sutura intorcigliata ma sempre in vano, chè i margini si sconciavano e riproducevasi ad ogni volta maggiore la prima divisione, la quale era perciò molto ampia, siccome molto ampia era pure la fenditura dalla volta palatina. Recava qualche meraviglia il vedere che, a malgrado che la bocca e la fossa nasale sinistre fossero tra se largamente comunicanti, pure nulla, assolutamente nulla uscisse dal naso dell'alimento e della bevanda di cui faceva egli uso. Tre giorni dopo la sua entrata nella Clinica io ho praticata la riunione dei margini

della divisione labbiale mediante la sutura incavigliata, avvalorata, come per solito, da lunghe listerelle emplastiche. Pochissima fu la riazione traumatica. Tolta dopo sei giorni la sutura, si rinvenne solida e compiuta la riunione del labbro. Si continuò però ancor a tenere la parte in sesto con listerelle emplastiche per nove giorni, dopo i quali l' operato fu ricondotto al paterno tetto verso la metà di maggio di dett' anno (Storia stata compilata dal Dottore Biagio Gastaldi).

Nel praticare la sutura incavigliata in questi sette casi io mi sono sempre servito di tre anse di filo, eccettuato il bimbo del caso II. in cui per la poca altezza del labbro ne ho impiegato due sole. Aggiungerò qui a modo di parentesi che nell' ultimo trascorso anno Clinico 1850-51 ebbi ad ammirar insieme con la Scuola la potenza della sutura incavigliata in un caso di cheiloplastia praticata in un ragazzo di tre anni circa, dotato di costituzione buona e di carattere dolce ed affettuoso. Lungo tempo prima mentre giaceva egli coricato nella sua culla eragli stata da un majale rosa la commessura sinistra de' labbri insieme con una larga porzione della guancia in una direzione obbliqua al basso verso la base della mascella. L' inserzione del labbro inferiore nella detta commessura era altresì stata in massima parte rosa in tutta la sua altezza: eransi il labbro inferiore e la guancia ritirati il primo verso la linea mediana e la seconda verso la regione parotidea, risultandone un grande e schifoso vano da cui stillava di continuo la saliva. La cicatrice l' aveva alquanto ristretto ma aveva nel tempo stesso provocata la coaderenza delle gengive, della faccia interna della guancia e del labbro inferiore. Ho praticata la chieloplastia secondo il metodo di Roux di San Massimino stato descritto alla pag. 107 di questo Volume: sciolte le testè dette coaderenze e cruentati i margini dell' ampia breccia con due incisioni che si riunivano ad angolo acuto su il piano della base della mascella, ho con una seconda incisione che, partendo da quell' angolo si dirigeva obbliquamente al basso passando al disotto della mandibola e terminandosi nella parte alta e laterale sinistra del collo, for-

mato un lembo il quale bene dissecato contro la mandibola e poi tirato innanzi combaciava esattamente con il lato cruentato del labbro inferiore. Però rimaneva esso un po' su il tirato. Ammaestrato da una lunga sperienza m' accorsi subito che, se avessi adoperata la sutura intorcigliata, mi sarebbe toccato, a scanso d' una sdrucitura certa del lembo, di praticar alcune incisioni verso la sua base per allentarlo. Ma l' avvilimento in cui, per la perdita del sangue, pel dolore e per la durata dell' operazione, era caduto il bimbo rendendomi riservato nel praticar ulteriori atti operativi, pensai che nissun altro mezzo di riunione sarebbe stato più idoneo della sutura incavigliata per risparmiare cotesti atti e per ottener il desiderato intento; e di fatto messo in atto sortì essa il desiderato effetto senza sdrucitura de' margini della ferita (Storia stata registrata dal Dottore Prelli).

È opinione a Tiedmann (*Giornale complementario* vol. 20) e ad Arnold (*Gazz. Med. di Parigi* anno 1839) che ne' casi di labbro leporino complicato a doppia divisione del palato sia mancante il nervo olfattivo. Nel cadavere d' un bimbo affetto da quella complicazione e soccombuto, ormai due anni, nella Clinica in seguito a stomatitide pseudomembranosa ; cadavere stato diligentemente notomizzato dal Dottore Prelli, s' incontrò però il nervo olfattorio ed io tengo tuttora presso di me la relativa preparazione anatomica.



TRE CASI

DI

ASCESSI DELLA GHIANDOLA TIROIDE

Apertisi nella Trachea

con consecutiva radicale guarigione.

S' è vero che la tiroide non gozzuta s' infiammi per causa esterna e suppuri, cotest' accidente è poi anzi frequente che no quand'è gozzuta. Può questa suppurazione riescir a varii esiti: per lo più s' esterna per forza di natura o pei mezzi dell' Arte con il vantaggio della diminuzione o della scomparsa del gozzo. Alcune rare volte discende dietro lo sterno e mette fondo nella parte anterior e superiore del mediastino, di dove non essendo opportunamente estratta può eziandio scoppiare in una delle pleure od in entrambe e formare l' empiema. Altre volte è essa seguita da gravi inconvenienti ed anche pericoli o perchè è troppo profusa e lunga a segno da indurre consunzione e morte; o perchè sorge dalla cavità del tumore una lenta ma protratta emorragia; o perchè incontra nella cavità dell' ascesso una corrosione cancrenosa, specialmente nelle persone male disposte e nell'.ambiente contaminato degli Spedali. Tutti questi esiti della suppurazione della tiroide noi non altro facciamo se non che accennarli, per parlare alquanto più diffusamente d' un altr' esito che è quello dello scoppio dell' ascesso nelle vie aeree; nella quale circostanza

non altrimente che nelle circostanze d'ascessi formati intorno ad una giuntura, tra le pareti del petto, tra quelle dell'addomine, entro il capo d'un osso e simili, di cui il pus, in vece di dirigersi verso la periferia, penetra in una cavità articolare, nel peritoneo, nella pleura, ecc. la natura non è sempre, checchè siasi detto in contrario, molto previdente o bene providente.

Se quando succede lo scoppio dell'ascesso della tiroide nelle vie aeree la suppurazione è poca, il male può svanire da se in breve tempo: ma s'è copiosa ed elaborata da un fondo non disposto alla consolidazione, o s'è associata alla scopertura, carie o necrosi di qualche tessuto cartilaginoso della trachea o della laringe, può succeder una fistola bronchiale interna ed anche la tisichezza tracheale o laringea, a cui non si potrebbe oppor alcun altro rimedio fuorchè quello di scoprir il fondo dell'ascesso per avviarne la suppurazione al di fuori e nel tempo stesso promovere ed effettuare la separazione delle guaste cartilagini.

M'è sei volte occorso vedere la suppurazione preparata nella ghiandola tiroide penetrare nelle vie aeree; ma passo sotto silenzio tre di questi casi perchè o v'era simultanea lesione tubercolare nelle vie aeree o v'era il sospetto che la malattia si fosse manifestata nelle pareti dei tubi aerei prima che nella ghiandola tiroide. Sto perciò contento a citar i tre rimanenti casi in cui la malattia primitiva e principale aveva la sua sede in cotesta ghiandola.

Caso I. Fin dall'anno 1812 il Dottore Berutto, Medico Militare di Reggimento, il Dottore Biava ed io tutti e tre Allievi interni dello Spedale Maggiore di S. Giovanni avemmo a dare la nostra amichevole assistenza al Dottore T. pur egli Allievo interno, tocco da più anni di gozzo cistico, non voluminoso, avente sede nella linea mediana del collo e bene assettato alla trachea. Essendosi egli risoluto di far applicare la potassa caustica su il centro del gozzo, avvenne che la ghiandola tiroide siasi vivamente infiammata ed abbia in mezzo a spaventose turbazioni della respirazione e della circolazione fatto il

passo alla suppurazione la quale s' avviò nel tempo stesso verso il rottorio e verso l' interno della trachea di cui due anelli rimasero scoperti per un grande tratto, uscendo l' aria con facilità dall' apertura esterna. La suppurazione continuò per lo spazio d' un anno e poi succedette una guarigione definitiva e radicale. Però sarebbesi dessa più presto esaurita senza la diuturna soffermata nel cavo dell' ascesso d' un pezzuolo di spugna che l'ammalato aveva un giorno introdotta nell' apertura esterna e ch'egli s' era sempre dato a credere ne fosse spontaneamente uscita fin a tanto che, presentatasi da se a quell' apertura, fu riconosciuta ed estratta.

Caso II. Nel mese di settembre dell' anno 1840 mi toccò veder a consulto con il Dottore Pertusio figlio, il Dottore Malacarne ora Chirurgo di 2.ª classe nella Regia Marina, dotato di temperamento linfatico-bilioso, di mediocre costituzione, proclive alle irritazioni delle fauci e delle ghiandole del collo le quali non riescivano però mai a grande volume nè alla suppurazione, ed avente di natura la ghiandola tiroide alquanto ipertrofica. Fu egli in quel tempo colpito, per rapido raffreddamento del corpo essendo la pelle in copiosa traspirazione, da angio-tiroiditide la quale, tuttochè opportunamente e prontamente curata dal Dottore Pertusio con il metodo antiflogistico, soprattutto con dieci salassi, si terminò a cagione della sua violenza in un ascesso di quella ghiandola. Fuvvi allora diminuzione notevole della febbre, ma la *località* continuava ad esser argomento di vivi dolori e di grave dissesto alle funzioni delle vie respiratorie; ondechè, fu cosa facile al Dottore Pertusio l' accorgersi della raccolta purulenta. Fu allora ch' io vidi per la prima volta l' ammalato cioè verso il ventesimoquinto giorno dall' origine del male. Considerando la profondità e l' oscurità della fluttuazione fummo d' accordo il Dottore Pertusio ed io nell' indicazione di continuare per alcuni giorni l' uso de' cataplasmi mollitivi. Ma quattro giorni appresso scoppiò l' ascesso nella trachea precorso da tosse viva e conseguitato da abbondante sputo purulento in qualche parte spruzzolato di piccole striscie sanguigne. Al quarto

giorno dallo scoppio cessò il pus di passare nelle vie aeree e d' allora in poi rapida fu la convalescenza. Datosi quindi alla vita del mare, il Dottore Malacarne n' ebbe tutta rafforzata la costituzione ed andò per sempre immune dagl' antecedenti piccoli malori sopra rammentati.

Caso III. Maria Buri : anni 34 : temperamento linfatico-torpido : abito venoso : abitante nel contado di questa Capitale : stata dall' infanzia fin alla pubertà soggetta a croste al capo, a tumidezze ghiandolari nel collo ed a geloni. Fino dalla bassa età la sua ghiandola tiroide era alquanto più voluminosa del naturale : crebbe poi nel tempo della prima menstruazione al volume del pugno d' un ragazzo ed aumentò ancora nella prima gravidanza ; dopo di cui scemò alquanto per ingrossare singolarmente nelle due gravidanze successive. Espostasi, ora son due mesi cioè ai 10 d' aprile dell' anno 1849, all' azione dell' aria freddo-umida essendo la sua pelle in una copiosa traspirazione, fu colta da angio-tiroiditide per cui la ghiandola gozzuta divenne dolorosissima, acquistò il volume del pugno d' un adulto e la minacciò di soffocazione. Dopo quattro giorni trascorsi in così misero stato fu ella accettata nella Clinica operativa essendo nella seguente condizione : tumore caldo, dolente e dotato d' una profonda, ingannevole fluttuazione: pelle secca ed urente: polsi celeri, vibranti : respirazione affannosa, dispnoica : cefalalgia intensa : straordinaria gonfiezza delle vene giugolari : stupidità : colore giallo-cereo : orina scarsissima e sanguigna : sete inestinguibile. La dieta severa, sei salassi generali e cataplasmi mollitivo-torpenti al collo bastaron a scemare l' urto infiammatorio, ma il tumore della tiroide non scemò fuorchè ben poco, la sua fluttuazione non si rese più manifesta, la voce continuava ad essere stridula e difforme e la respirazione dispnoica. Non ignorando la facilità con cui gl' ascessi della tiroide scoppiano nelle vie aeree ed il pericolo di soffocazione che può succedere in quello scoppio se il pus trascorre erumpente e copioso in quelle vie io aveva, a malgrado della profondità dell' ascesso, ogni cosa fatta disporre per evacuarlo nella domane con il taglio,

quando nella notte dei 24 d' aprile l' ammalata fu tutt' ad un tratto sorpresa da una tosse violentissima con escreato d' una notevole quantità di pus. Da quel momento il tumore diventò appassito ed indolente, continuò ancora per cinque giorni l' escreato di marcia, però in quantità sempre minore; di guisa che libera da ogni male, l' ammalata fu in grado d' uscire dalla Clinica ai 4 del mese di maggio del dett' anno. (Le notizie relative a questa fattispecie furono registrate dal Dottore Prelli).



ENORME TUMORE CISTICO

SOTTOLINGUALE.

Sono nella Medica Letteratura consegnati casi di tumori cistici sottolinguali di cui alcuni piccoli ed altri di maggiore mole. Io stesso ebbi nella mia pratica occasione di vederne e di curarne: ma dico francamente che nessuno ne vidi in cui il tumore, per la sua mole, uguagliasse quello che, appunto pel suo non ordinario volume, m' accingo a descrivere.

Giovanni Rabbia di Fossano: anni 27: contadino: temperamento sanguigno: costituzione forte: statura alta: abito cardio-capitale. In età d' anni 11 ebbe a soffrire di febbre terzana ribelle che durò per undici lunghi mesi e che dipendeva dall' abitazione in luogo umido e da cangiamenti igro-termo-barometrici. Dopo svanita la febbre godette buona sanità fin ai 20 anni: su i 20 anni, poi su i 23 e poi su i 24 fu affetto da pleuritide, stata ad ogni volta vinta senza lasciare tracce di se. Da quel tempo fin al giorno d' oggi non altro più soffers' egli fuorchè tre o quattro sinoche, state domate con metodo antiflogistico. Si noti, tornando un passo in dietro, che ai 12 anni gli comparve sotto il frenulo della lingua un tumoretto del volume d' un cece, il quale in due anni salì al volume d' un uovo di colomba con alterazione nella modulazione della voce e della favella. Furono nel medesimo praticate due incisioni superficiali e fu pure più volte superficialmente toccato con il nitrato d' argento non solo senza frutto ma con peggioramento: si ricorse allor all' appli-

cazione di sostanze caustiche più efficaci, ma il tumore, in vece di svanire, crebbe enormemente in tutte le sue dimensioni: la lingua cacciata da prima contro e poi dietro il palato mobile scomparve del tutto: gl' archi alveolari rimasero spostati in avanti: scassinati, i denti molari s' inclinarono prima all' in fuori e poi divennero orizzontali: il parlare riescì impossibile: s' aggiunsero tormentosi dolori odontalgici e cerebrali: s' aggiunse la soffocazione respirando a bocca chiusa: s' aggiunsero frequenti sincopi: ondechè minacciato nella vita chiese ed ottenne d' essere ricoverato nella Clinica ai 22 di maggio dell' anno 1848 cioè quattordici anni dopo l' origine del male. Nel giorno consecutivo a quello della sua accettazione ci offers' egli, oltre agl' ora detti fenomeni, il seguente stato obiettivo: tumor occupante esattamente tutta la cavità della bocca la quale rimaneva sempre aperta, non oltrepassando però i confini delle parti molli che ne formano l' apertura: gote elevate, dure, rotondeggianti: base del tumore prolungata fino dietro il velo pendulo: grande allargamento delle branche orizzontali della mandibola inferiore: denti scassinati ed inclinati, com' è stato detto poc' anzi: lingua rovesciata nell' ima parte delle fauci, epperciò impossibilità di toccar alcuna delle sue parti, neppure l' estremo apice: continuo stillicidio della saliva: morbosa ed abbondante secrezione mucosa dall' interno della bocca: occhi spalancati e fissi: fisonomia d' uomo alterato e disperato: respirazione e deglutizione de' liquidi da più di tre mesi stentatissime ed ora più che non mai: dolori lancinanti nel tumore il quale era però indolente al tatto: di colore pallidastro, il medesimo tumore guardato di fronte rassomigliava ad una grossa pesca tondeggiante, collocata dirimpetto all' apertura della bocca: toccandolo si provava la sensazione di molleggiamento e di profonda fluttuazione: era coperto dalla mucosa della bocca e da una spessa parete. Non potendo l' ammalato articolare la parola mancavano per la diagnosi le circostanze anamnestiche. Sembrava a prima giunta che si trattasse d' un' ipertrofia o d' una degenerazione lardacea o midollare della lingua. Quel non potere vedere nè toccare la lingua

era ancora causa d' incertezza nella diagnosi. Pure instava il pericolo ed era uopo operare. Ho spinto un trocarre esploratore fino nel centro del tumore ma non uscì alcuna materia ; praticai allora due incisioni longitudinali su il dorso del tumore e non n'escì altro fuorchè sangue venoso. Però non più rafforzata dalla mucosa assai spessa nel luogo delle incisioni , la cisti s'avanzò in alcuni punti fra i margini delle medesime : punta in una di quelle sedi la cisti , balzò fuori una grande quantità di sostanza bianchiccia , viscosa , sebacea , densa , frammista però ad un poco di liquido rossastro. La cisti offriva dirimpetto all' apertura della bocca la spessezza di sei a sette linee. Dopo uscita con una leggiera pressione tutta la materia contenuta nella medesima, fu curioso il vedere la lingua da anni invisibile, intangibile ed accovacciata dietro il velo pendulo , ritornare di nuovo innanzi nella sua naturale sede e coprir a guisa di valvula la cavità della cisti votata. Ritornò pure su l' instante la facoltà della favella e cessaron altresì subito gl' insulti d' odontalgia e di cefalea che cotant' ebbero contristato l' ammalato. Cauterizzata subito e poi più tardi due o tre volte ancora la cisti con il nitrato d' argento , s' avviò una buona suppurazione ed in meno di tre mesi s' ottenne la chiusura di quella vasta cavità , superstite soltanto un piccolo vano cicatrizzato sotto la lingua che poteva a mala pena capir un piccolo cece. L' ammalato rimpatriò ai 22 d'agosto di dett' anno (Storia stata scritta dal Dottore Prelli).



CASO

DI VARICE ANEURISMATICA

DELL' ARTERIA FEMORALE.

Sebbene De-la-Combe, Guersent figlio, Larrey, Lallemand riferiscano casi di varice aneurismatica dell' arteria femorale, cotesta malattia è non perciò assai rara. Credo quindi opportuno riferirne un caso per me veduto in cui occorsero alcuni particolari degni d' essere notati.

Antonio G. da Fossano : celibe : muratore : anni 32 : temperamento nervoso-sanguigno : costituzione buona : sano fino ai 14 anni in cui sofferse febbri intermittenti state fugate con la china. Su i 17 anni uretritide gonorroica acuta con orchitide sinistra la quale, a malgrado di quattro salassi, riescì all' uretritide gonorroica lenta che dura tuttora. Conferì a tanta diuturnità di male la sua vita antigienica e dissipata. Fu affetto da encefalitide a 22 anni, stata spenta con dieci salassi e da scabbia a 23 anni la quale incurata per l' abituale indolenza dell' ammalato dura tuttora. In età di 25 anni rilevò in una rissa due ferite da punta di sciabola nella parte interna ed anteriore della coscia sinistra, la prima nel terzo superiore e l' altra nel terzo medio ; la consocia grave emorragia fu nello Spedale di Fossano risanata con salassi, con bagni ghiacciati e con la compressione: ma dopo 16 giorni l' ammalato essendosi imprudentemente al-

zato dal letto, si rinnovò per la ferita superiore l' emorragia la quale curata con i mezzi pur ora detti andò bensì scemando ma non cessò del tutto fuorchè a capo di sei mesi: in questo mezzo tempo comparve nella parte alta della coscia un tumore occupante la sua parte interna: questo tumore cresceva in volume a mano che la ferita cicatrizzava e crebbe più rapidamente ancora dopo ch' ebbe questa luogo. Frattanto la gamba sinistra andò dimagrando in una proporzione eguale all' incremento del tumore, poi si manifestò un' ulcera cancrenosa nella faccia anteriore della sua terza parte inferiore ed a queste complicazioni s'associò poco stante la necrosi de' diti del piede corrispondente, i quali furono tutti l' uno dopo l' altro amputati: dopo del che l'ammalato uscì spontaneo dallo Spedale ed in tale stato di cose trascinò una miserrima vita mendicando per lo spazio di sei anni cioè fin ai 16 di marzo dell' anno 1841 in cui riparò alla Clinica operativa essend' allora nel seguente stato: tumore molle, cedevole, allividito, coperto da numerosissime e voluminose vene, collocato nel terzo superior ed anterior-interno della coscia, al di sopra della cicatrice, del volume d' una mela: con la mano applicata sopra si sentiva un fremito pulsatile diffuso a tutto il tumore: un simile fremito sentivasi pur applicando un dito separatamente su ciascheduna delle tante voluminose vene da cui era coperto: facendo con la compressione svanir il tumore, lo che era facilissimo, ed applicando di poi l' orecchia alla sede per esso occupata udivasi un fremito sibilloso prodotto dal passaggio del sangue dall' arteria nella vena: il giudizio che dopo coteste esplorazioni andava spontaneo all' animo era che quel tumore non avesse alcuna cavità ma che non fosse da altro formato fuorchè da infiniti vasi largamente comunicanti fra se, tutti dotati d' un fremito pulsatile e divisi ed involti in una trama cellulosa, come ha luogo ne' tumori erettili. Quello particolarmente che più riscosse la nostra attenzione fu il vedere pur esse molto dilatate e dotate di fremito pulsatile le vene della parte anterior ed interna della coscia dalla cicatrice sin in vicinanza del ginocchio, e ciò da un anno soltanto secondo che

disse l'ammalato : nelle varici aneurismatiche per solito s'allargan e pulsano solamente le vene collocate al di sopra del male : era quindi evidente che in questo caso le valvule delle vene inferiori avevano per lungo tempo sostenuta la colonna di sangue arterioso che usciva dall' apertura venosa ed impedita la morbosa dilatazione della stessa vena, ma che finalmente, cotesta dilatazione avendo con il corso del tempo avuto luogo, rimaser esse insufficienti e permiser il passaggio della colonna di sangue arterioso dall' alto al basso, d' onde il successivo aumento del loro allargamento ed il fremito pulsatile. Fissò parimente la nostr' attenzione il sudor abbondante che dall' accidente in poi sempre trapelò e trapelava tuttora da tutta la gamba : fatto questo non infrequente nelle parti comprese da dissesti nella circolazione venosa per varicosità e che forse trova un'adatta spiegazione nelle note comunicazioni anatomiche tra le vene ed i vasi linfatici, nella loro comunanza d' usi e forse più che tutto nella soffermata del sangue venoso ne' vasi capillari con aumento de' materiali d' eliminazione per parte del filtro cutaneo : tant' è : quale ne sia la spiegazione, è cosa dalla quotidiana osservazione bene dichiarata che in chi è affetto da dilatazione varicosa delle vene del cordone spermatico la corrispondente pelle dello scroto è continuamente irrorata da sudore. Due altri fenomeni fissaron ancora la nostra attenzione ed erano l'estrema macilenza dell' arto affetto e l' ulcera cronica del terzo inferiore ed anteriore della gamba. Questi fenomeni fissarono la nostra attenzione senza sorprenderci nè punto nè poco sapendosi la deviazione che il sangue arterioso prova nella varice aneurismatica, per cui mentr' esso ritorna non isfruttato con il sangue venoso al cuore, le parti, al risarcimento organico delle quali è destinato, ne mancano a segno di riescire non solo alla macilenza ma alla cancrena ed all' ulcerazione. Comprimendo altronde la sola vena femorale all' alto e comprimendola al basso insieme con l'arteria femorale, la dilatazione varicosa aumentava per ragione troppo naturale ed aumentava pur esso il tumore con pulsazione : comprimendo in quella vece l'arteria all' alto sce-

mava la dilatazione e cessava il fremito. Del resto l' ammalato era apiretico e non offriva alcuna lesione viscerale. Si stabilì il migliore partito essere quello d' assalir innanzi tutto la vecchia scabbia e la cronica uretritide blenorragica più vecchia ancora e già associata ad ostacoli dell' uretra, e poi di legare l'arteria femorale nel luogo stesso della varice aneurismatica: imperciocchè una lunga sperienza ha dimostrata l' inutilità, anzi alle volte il danno del metodo d' Anel in consimili congiunture. Ma dieci giorni dopo il principio della cura l' ammalato, instabil ed irrazionale qual era per natura, non volle continuarla, uscì dalla Clinica e d' allora in poi non ebbi più alcuna notizia di lui (Le circostanze relative a quest'osservazione sono state scritte dal Dottore Giovanni Cigersa).



GUARIGIONE

DI DUE

VOLUMINOSI TUMORI FIBRO-LARDACEI

ADERENTI AL PERITONEO.

Ebbi nella mia lunga pratica a vedere quattro voluminosi tumori fibro-lardacei aderenti al peritoneo coprente internamente la parete addominale, i quali avevano second' ogni probabilità avuta la loro evoluzione nel tessuto celluloso retroperitoneale. Tutti e quattro cotesti tumori occorsero, il che è da notarsi particolarmente, in giovani donne e cominciaron a manifestarsi in tutte nel corso d' una gravidanza o d' un puerperio o dopo l' allattamento. Parimente tutti e quattro avevano la loro sede nel lato destro della regione ombelicale tra questa e la regione epicolica destra.

Una di queste ammalate di condizione signorile ed in età d' anni 24 ebbi a visitarla son ormai sedici anni. Il tumore aveva il volume del capo d' un feto e s' era manifestato nel corso d' un puerperio. Si rifiutò all' operazione per me proposta e d' allora in poi non ebbi più alcuna notizia di lei.

Un' altra tocca dallo stesso male di condizione pure signorile e su i 23 anni, ebbi a vederla è poco tempo. Il tumore è altresì molto voluminoso e si manifestò la prima volta nel corso d' una gravidanza.

Due altre congeneri ammalate sono state per me sottoposte con frutto ad operazioni Chirurgiche. Delle osservazioni di queste io amo particolarmente intrattener il Lettore, come quelle che offerser alcuni accidenti non comuni.

*Osservazione 1.*ª

Ai 5 di novembre 1843 fu ricoverata nello Spedale di S. Giovanni e coricata ne' letti della Clinica operativa la pristinaja Margherita Avattaneo di Poirino, d' anni 25 e dotata di temperamento linfatico-sanguigno, di gracile costituzione e d' abito strumoso. Cotest' abito riescì dall' età d' anni 5 fin ai 18 in molti atti scrofolosi locali, come diuturna blefaritide lenta, dermitide crostizzante al capo, pedignoni ulcerativi, vistosa tumidezza di ventre, varie gonfiezze di ghiandole, specialmente di quelle del collo e degl' inguini, leucorree ripetute, ecc. I quali atti strumosi locali svanirono tutti all' ingruenza della menstruazione ch' ebbe luogo a 18 anni, meno la leucorrea la quale continuò a manifestarsi in un modo intercorrente fin alla sua entrata nella Clinica. Maritatasi su i venti anni circa ebb' ella tre parti piuttosto felici, ad eccettuazione dell' ultimo occorso su lo scorcio del ventesimo terz' anno in cui cinque giorni dopo il parto fu sorpresa da grave peritonitide puerperale stata debellata con apposito metodo antiflogistico. Ed è appunto nell' uscire di questo doloroso puerperio ch' ella s' accorse che le era sorto nella parte laterale destra della regione ombilicale un piccolo tumore del volume d' un' avellana e non dolorante il quale, lasciato a se, crebbe nel corso d' un anno sin al volume d' un uovo gallinaceo, sempre indolente. Intimorita per l' aumentato volume del tumore e pel suo giornaliero progresso, consultò ella allor un Pratico del paese il quale si fece a curarla in prima con i risolventi locali e poi, questi riusciti infruttuosi, con il caustico potenziale. Anzichè lenito fu il tumore molto irritato da questi sussidii; di guisa che prese prontamente una così rapida evoluzione che, allorquando la paziente fu accettata nella Clinica, offriva

esso la larghezza di sei pollici e la spessezza di quattro e più: eransi da cinque mesi aggiunti dolori lancinanti , di volta in volta ricorrenti.

Di forma ovoidea, di durezza coriacea ed alquanto elastico , cotesto tumor era mobil in tutta la sua periferia e fisso nel centro ed offriva nella parte media della sua superficie un' ulcera con carni fungose , superstiti all' azione del caustico potenziale. Vanamente si sarebbe tentato di risolver un tumore così voluminoso , così duro , già associato a dolori lancinanti ed entrato nella via d' un rapido progresso. Laonde calmata alquanto la parte con il riposo , con la dieta , con cataplasmi mollitivi e simili, m' appigliai al partito di levarlo via con i mezzi cruenti nella mattina dei 10 di novembre cioè cinque giorni dopo la sua accettazione , e ciò in presenza della Scuola.

Fatti tendere gl' integumenti trasversalmente dalla linea mediana verso il lato esterno e praticata nella medesima direzione con il gammautte convesso un' incisione composta elittica comprendente la sopra detta ulcera, io praticai due altre incisioni longitudinali delle quali la superiore raggiungeva il centro del margine superiore della prima incisione composta elittica e l' inferior il centro del suo margine inferiore, essendo risultati quattro lembi di cui la dissecazione lasciò scoperta tutta in giro la base del tumore. Essendomi paruto che dal lato della linea mediana fosse cosa più facile il fare trascorrer il gammautte tra il peritoneo e la radice del tumore , io cominciai a distaccarnela da questo stesso lato , ma tra per la sottigliezza estrema della parete addominale e tra per la stretta coaderenza della radice del tumore e del peritoneo ed il massimo ingombro della ferita per parte del sangue che stillava copioso da numerosissimi piccoli vasi , succedette che il peritoneo sia stato longitudinalmente aperto per la lunghezza di quattro a cinque linee. Dopo quest' evento che era per se di poco rilievo , mi prese il destro d' allargare cotest' apertura con la mira d' intromettere il dito dolcemente nella cavità addominale , di prender un' idea approssimativa della distesa di quella coaderenza e, caso che

l' avessi rinvenuta ristretta, di levare via insieme con la radice del tumore anche la porzione di peritoneo in cui era impiantata. Ma essendomi accorto che molto estesa era la detta coaderenza, dovetti cangiare consiglio su il riflesso che là troppo vasta breccia risultante nella parete addominale non m' avesse più consentito di riunir i margini della ferita. Laonde m' appigliai al partito d' isolare ben bene il tumore in tutti gli altri suoi lati e poi di raderne la radice nella maggior possibile vicinanza dal peritoneo, lasciando ancor aderente a questa membrana uno strato di quella radice della spessezza di quattro linee circa che ho cauterizzato con il ferro rovente dopo che ebbi allacciate tre arterie sanguinanti con qualche rigogliò. Ebbi ricorso al cauterio attuale nella doppia indicazione di distrugger in parte ed in parte di modificare le tessiture contaminate, e di ristagnar un ostinato gemitivo di sangue derivante da innumerevoli vasi quasi capillari. Mi sono quindi accinto a praticare la sutura intercisa della ferita penetrante nel peritoneo ed, a malgrado che il margine esterno di questa ferita offrisse una listarella di tessuti sani, contermini al residuo male, non più larga di due linee in tutta la sua altezza e che mi premesse il timore ch' essa si fosse troppo presto sdruscita, tuttavia ho preferito di servirmi per la sutura anzi di cotesta listarella, tantina qual era, che non della continua parete contaminata, lasciando del resto portare gl' ulteriori eventi dal tempo. Ho quindi con semplicissima medicazione avvicinati ma non portati a combaciamento i lembi della ferita integumentale. Due ore dopo l' operazione il detto gemitivo sanguigno che non sembrava di grande rilievo e che era momentaneamente cessato per l' uso del cauterio attuale, si rinnovò; per il che tolto l' apparato medicativo, s' introdussero dall' Allievo di guardia alcune filaccica nella ferita a cui si soprapposе una compressa e s' ebbe pure ricorso all' applicazione locale di vesciche piene di ghiaccio pesto. Bastarono questi compensi a ristagnare per a tempo il sangue e trascorsero cinque giorni dall' operazione senz' alcun accidente di rilievo, moderata essendo la febbre traumatica. Es-

sendosi al sesto giorno rinnovata con molta delicatezza la medicazione e levate le filaccica state intromesse nella ferita e cementate con molti grumi di sangue, si rinvenne questa di colore lurido, sporco con i margini molto tumidi ed irritati. La medicazione rinnovata consistette in alcune filaccica intrise nell' acqua tiepida ed intromesse nel fondo della ferita la quale fu poi coperta con tela spalmata di semplicissimo unguento. Nella sera dello stesso giorno si rinnovò l' emorragia la quale cedette alla compressione fatta da un' Allievo. Verso la mezzanotte altro ritorno emorragico che cedette allo stesso mezzo. Nella mattina del settimo giorno dall' operazione essendosi di nuovo manifestata un' emorragia più imponente e minacciosa che non le antecedenti, il Chirurgo Assistente della Clinica pensò di ristagnarla con una forte riempitura della ferita mediante filaccica, con la giunta sempre dell' applicazione locale di vesciche piene di ghiaccio. Alle ore otto della stessa mattina vid' io l' operata alla solita visita della Clinica e non essendo più comparso sangue ho stimato di non toccar alla ferita. Ma non appena uscito dalla sala di Clinica si rinnovò la medesima con tanto impeto che, sopracchiamato, io giunsi presso l' operata verso le ore nove e la rinvenni senza polso, convulsa e ridotta ad un sottile filo di vita. Levata subito ogni riempitura e fatte injezioni d' acqua ghiacciata nella ferita con un grosso schizzatoio, mi offerse questa un orrido cavo sprofondato nell' imo ventre, però senza comunicazione con il peritoneo perchè la praticata sutura era stata salda a malgrado di tanti e tanto ripetuti maneggiamenti. Quell' enorme cavo s' è in men ch' io non so dirlo riempito di sangue. Lo prosciugai con grossi batuffoli di filaccica, ma queste non appena tolte, esso si riempiva di nuovo con uguale prontezza. M' accorsi subito che lavoro delle Danaidi era il mio. Il caso era stringente e pieno d' ambagi. L' ammalata pareva semispenta. Io paventavo di rinnovare la riempitura della ferita per ciò che, per esser utile, avrebbe dovuto praticarsi con maggiore forza di prima e praticata così forte, era a temersi che si riaprisse la ferita del peritoneo e che il sangue entrasse

nell' addomine: la legatura in fondo di quell' oscuro antro continuamente pieno di sangue era impossibile. Per la stessa ragione era pur essa impossibile la cauterizzazione. Per buona ventura m'andò in quel momento all' animo l'idea d' introdurre nel fondo della ferita un forte uncino, d' uncinarne ben bene la parete più sfondata e di rialzarla poco per poco su il piano esterno: la quale cosa essendo riuscita appunto come l' aveva progettata, ho potuto subito vedere nella parte sollevata dall' uncino tre vasi arteriosi collocati a poca distanza gl' uni dagli altri di cui uno più cospicuo era secondo ogni probabilità l' arteria epigastrica e gli altri alcune sue ramificazioni. I quali vasi furono con tutta facilità allacciati con totale e permanente cessazione dell' emorragia. Frattanto tutti questi maneggiamenti in una donna di gracile costituzione, sfinitissima di forze per tanta perdita di sangue e praticata sopra una parte resa oltre ogni dire sensibile dalla lesione traumatica, destarono nella parte operata un' infiammazione flemmonosa così intensa che ventiquattr' ore dopo era cresciuta ad un volume quasi uguale a quello che offriva prima dell' operazione. Con tutto ciò mediante l' applicazione continuata di cataplasmi mollitivi e di ripetute injezioni d' acqua tiepida e mediante un rigoroso regime dietetico fu cotest' intensissima infiammazione domata e conseguitata da un' abbondante e lunga suppurazione, da progressivo decremento della gonfiezza, da mondificazione della ferita, da buona vegetazione di carni e più tardi da una solida cicatrice, superstite solamente un piccolo ingorgo ed indolente il quale andava ogni giorno decrescendo e che svanì del tutto, come fui più tardi assicurato, dopo che l' operata si congedò dallo Spedale: il che avvenne ai 24 di gennajo 1844 cioè due mesi e mezzo dopo la sua accettazione. (Le notizie relative a quest' osservazione furono raccolte dal Dottore Reina).

Nel mio concetto le seguenti considerazioni hanno resa quest' osservazione particolarmente meritevole d' essere registrata: 1.º la solidità della sutura della parete addominale avvegnachè il margine esterno della ferita offrisse ai punti di sutura una

presa di piccolissima superficie, contermina ai tessuti contaminati e fossero stati dopo cinque giorni dalla praticata sutura e fatte reiterate e forti riempiture della morbosa cavità: 2.º La facilità e prontezza con cui è stata ristagnata la grave e minacciosa emorragia sollevando la parete profonda del cavo mediante l' uncino. Per più altre circostanze è ancora notevole cotest' osservazione, ma essend' esse comuni alla seguente osservazione mi riservo farne un epilogo altresì comune su il fine di questa.

Osservazione 2.ª

La contadina Maddalena Fissore Petiti da Cavallermaggiore, d' anni 23, di temperamento misto sanguigno-linfatico-nervoso, di non forte costituzione tuttochè nata da genitori sani, visse prospera fin all' età d' anni otto in cui fu per pleuritide costale salassata otto volte. Ne guari e crebbe sana fin al decimosesto anno in cui fu menstruata. Andata nel diciottesimo anno a marito, fu presto madre d' un bimbo che nodrì ella del proprio latte. In fine dell' allattamento comparver i menstrui i quali, trascorsi due mesi, si sospeser in seguito ad un violento patema d' animo stato presto conseguitato da palpitazioni, dispnea, sincopi, ecc. che durarono per due mesi. Comparve allora nella regione ileo-cecale un piccolo tumor indolente che non riscosse la sua attenzione ed una grave infiammazione della mamma destra che richiese otto salassi per essere doma. Guarita dalla mastoitide, ritornava quattro mesi dopo spontanea la menstruazione ed il tumor addominale raddoppiò in volume all' apparire della medesima: poi ristette per ricrescer ad ogni menstruazione. Era desso in principio mobile e poteva perciò spostarsi second' i movimenti della parete addominale e l' inclinazione del corpo: svanì poi cotesta mobilità tosto che crebbe a grande volume. Entrò la Fissore in una nuova gravidanza e nel tempo di questa il tumore crebbe a segno da emular in volume la testa d' un feto a termine, molto sviluppato. Furon allora consultati gl' Oracoli

dell' Empirismo ed usati con molta insistenza erbe, olii, empiastri, ecc. ma in vano. Ondechè puerpera di tre mesi chiese ed ebbe ricovero nella Clinica operativa su lo scorcio del mese d' aprile 1848.

Il tumor occupava il mezzo d' una linea tirata dalla spina iliaca anterior-superiore alla linea bianca poco sotto il bellico ed era grosso quanto il capo d' un feto a termine bene sviluppato, duro, indolente anche con le forti pressioni, coperto dalla pelle sana, ove ne eccettui una piccola area allividita ed aderente al centro della convessità del tumore; aderenza prodotta dal fregamento continuo delle vesti e dall' uso de' tentati rimedii empirici. Il suo incremento aveva avuto luogo in doppia direzione cioè eccentrica e concentrica; di guisa che, rilassate le pareti addominali le quali erano sottili ed abbracciato con ambe le mani di cui i diti s' affondassero per quanto si poteva intorno alla sua base come per sollevarlo, si poteva agevolmente riconoscere che era convesso nella sua superficie posteriore rivolta alla cavità addominale come lo era nella sua superficie esterna od anteriore, però alquanto meno in quel verso che non in questo, e facendo forza per sollevarlo il più possibile nasceva l' illusione che fosse dotato d' un lungo pedicciuolo il quale affondandosi nella piccola pelvi, avesse quivi il suo attaccamento: pedicciuolo su del quale come su d' un perno pareva ch' esso eseguisse i circoscritti movimenti che gl' erano comunicati. Per altra parte nissuna lesione delle viscere entropelviche od addominali aveva preceduta, accompagnata o seguita la formazione del tumore.

Quale poteva essere la vera sede e la vera origine del sì fatto tumore? Sorgeva esso dalla parete addominale o dall' interno della cavità omonima? Svaniva esso con la pressione e ricompariva questa tolta. Come sarebbe ciò addivenuto ove la sua origine fosse stata nella parete addominale? Si sarebbe dunque a prima giunta conchiuso che avesse origine in un luogo dove esistesse un grande vano, probabilmente nell' ovario avente questa condizione di spazio, se il ragionamento ed il tatto non avessero

condotto ad una contraria persuasione. Se il tumore fosse stato immedesimato con l' ovario destro perchè, fortemente compresso, non si sarebbe nè punto nè poco risentito, come per solito si risenton i tumori ovarici ? Perchè sarebbero mancati il dolore protendentesi dai lombi alla linea bianca a guisa di semicerchio, l' intormentimento, talora l' addoloramento della corrispondente estremità addominale, le turbazioni nervose variformi, il dolore consensuale dell' ovario dell' altro lato, il disordine ne' menstrui, ne' parti, ecc., soliti ad occorrere ne' vizii organici inveterati degl' ovarii ? L' ovario ammalato può è vero prender una grande evoluzione ma dentro la cavità addominale e non avviene mai che il tumore per esso formato sfianchi, come quello in discorso, a guisa di bisaccia la parete addominale e rendasi aderente alla pelle. Nè si poteva credere che l' ovario crescendo avesse aderito alla parete, giacchè avrebbe ciò fatto presupporre un lavario di flogosi di cui mancaron i sintomi. Fra l' ovario altronde e la branca del pube havvi sempre uno spazio più o meno grande in ragione della forma naturale od innaturale della pelvi e del maggior o minore volume dell' ovario stesso. Applicata ora la palma della mano sinistra su il tumore ed introdotto il dito indice dell' altra nella vagina fin contro alla parte anteriore, poi alle laterali, poi alla posteriore del collo dell' utero rinvenute libere da insolite durezze, cotesto dito non toccava, percorrendo così in giro tutta la cavità pelvica, alcuna radice del tumore, nè sentiva alcun urto di corpo premendo il tumore, nè questo si sollevava all' urto dell' indice: era perciò giusto conchiudere ad un tempo che il tumore nulla avesse di comune con le viscere della pelvi, che non si protendesse verso questa cavità e che illeso fosse l' ovario poichè libero era lo spazio tra esso e la branca del pube. Avend' ad ultimo fatti scorrer i quattro ultimi diti della mano destra con la loro concavità all' in su sotto la parte inferiore del tumor in un piano orizzontale al pube e sollevato il tumore, fu facile l' accorgersi che il suo pedicciuolo sopra citato il quale sembrava a prima giunta dirigersi verso la pelvi, era in realtà mobile come

se fosse fissato ad una superficie piana. Ci parve dunque provato che il mal in discorso sorgeva dal peritoneo il quale, pel peso e per la simultanea evoluzione eccentrica e concentrica d' esso tumore, era stato molto retrospinto verso la cavità addominale ed alquanto abbassato verso quella della pelvi. Fatto questo diagnostico e provati inutilmente per alcuni giorni i rimedii mercuriali applicati alla sede morbosa, si pensò ricorrere al più sicuro e più decisivo compenso cioè alla recisione associata alla cauterizzazione con il cauterio attuale; giacchè ammaestrato io dall' antecedente caso bene m' accorsi che da una parte era cosa impossibile levarlo via tutto senza far un' enorme breccia nel peritoneo con maggiore pericolo e con sussecutivo vano nella parete addominale e più tardi tendenza all' ernia, mentre dall' altra v' era fiducia che, levandone via la parte sporgente oltre al piano di quella parete e ben bene cauterizzando lo strato profondo aderente al peritoneo, la porzione superstite al taglio compresa da violento flemmone si sarebbe poco per poco fusa, superstite una cicatrice capace, per la sua durezza, di prevenire l' ernia. Con quest' idea per guida ai 4 di giugno di dett' anno, presente la Scuola e presenti i Dottori Gallo, Malinverni e Bruno, si convertì con un' incisione composta in croce la pelle coprente il tumore, compreso quel suo piccolo tratto che era alquanto aderente, in quattro vasti lembi. Prontamente dissecati e rovesciati in fuori cotesti lembi si scopersero tutt' in giro alla base del tumore le fibre assottigliatissime dei muscoli obliquo maggiore, obliquo minore e trasverso di cui nessuna traccia, si noti ciò singolarmente, si vedeva su la faccia del tumore, nè si rinvenne di poi nel suo interno. Si recise quindi tutto l' emisfero esterno del medesimo tumore rasente il piano della parete e con venti e più cauterii candenti di varia forma ne fu tutto e profondamente abbruciato il suo emisfero interno così nel centro come nella periferia. Applicate quindi filaccica inzuppate nell' acqua ghiacciata ed avvicinati i lembi in modo però che rimanesse fra loro un largo spazio per lo scolo della futura suppurazione, si raccomandarono fomenti ghiacciati

a permanenza su la parte. operata. Il sangue smarritosi nell' atto operativo fu d' una libbra circa : di colore giallo-grigio, di natura fibro-lardacea, privo di cisti, ammollato e gremito di minutissimi vasi nel suo centro, il tumore offriva quà e là piccoli vani coperti da una sottilissima membranella e solcati da vasi capillari minutissimi e varicosi. Nel taglio d' alcuni suoi lobi vedevansi molte fibre raggiate tra cui una sostanza bianchiccia inorganica ed in quello d' altri una sola sostanza molle e lardacea.

Sera del giorno dell' operazione. Grande abbattimento fisico e morale : dolore sordo nella sede dell' operazione ; indolenza e mollezza delle rimanenti regioni dell' addomine : polso vibrante e celere : sete : brividi di freddo (dieta rigorosa, continuazione de' bagni freddi locali, salasso dal braccio).

Mattina dei 5 di giugno cioè 24 ore dall' operazione. Notte trascorsa insonne : uguale celerità e vibrazione de' polsi ; dolore maggiore nella parte operata ; nissun indizio di peritonitide : cotenna leggiera su il sangue estratto (Embrocazioni oliose su l' addomine : dieta stessa : salasso dal braccio). Sera. Sangue estratto nella mattina cotennoso : minore riazione febbrile : diminuzione del dolore locale : leggiera tensione dell' addomine con borborigmi (clistere d' olio di semi di lino : cataplasma mollitivo tiepido su il ventre).

6. Mattina. Sonno di tre ore nella notte ad intervalli : un esito alvino piuttosto abbondante verso l' alba : calma lodevole : senso di bruciore nella parte operata : cessazione della tensione addominale e dei borborigmi : polsi meno celeri ed alquanto dilatati : pelle molliccia (continuazione della dieta e de' cataplasmi mollitivi tiepidi su il ventre : bevande rinfrescative). Sera. Nissun cangiamento.

7. 8. Graduata diminuzione della febbre e finalmente apiressia : sola mobilità di polso : spenta la sete (Stessa cura con la giunta di due tazze di semola nella giornata).

9. Prima medicazione : suppurazione abbondantissima, serosa e mista con molte quisquiglie cancrenose (Filaccica intrise nel-

l' acqua tiepida su la ferita, soprappostovi un poco d' unguento refrigerante spalmato sopra un pannolino ed un cataplasma mollitivo di linseme).

Dai 9 ai 20. Nissun cangiamento nella cura : l' escara è tutta distaccata : i contorni della ferita mondificati e carnosi ed il centro pallido : il tessuto malato va però assottigliandosi (cibo leggiero ma in maggiore copia).

30. Il centro della ferita suppurante continuando a mostrarsi lurido, lardaceo e spesso, è di nuovo cauterizzato in varia direzione con nove applicazioni di cauterii attuali di varia forma.

1. 2. 3 di luglio. Nissuna o pochissima riazione dall' ultima cauterizzazione (continuazione d' un alimento sano per qualità e discreto per quantità).

Da quel tempo la suppurazione migliorò per gradi in qualità; la ferita suppurante si coperse tutta di buona vegetazione ed il tessuto malato s' assottigliò così maravigliosamente che ai 28 del sopra detto mese la spessezza della parete del ventre nel luogo operato era di poco maggiore dello stato naturale. L' operata poteva già da dodici giorni passeggiare, godeva d' un perfetto equilibrio nelle sue funzioni, ad eccettuazione ch' era tuttora priva della menstruazione, e la soluzione di continuità era superficiale, poco più estesa d' una moneta di due lire e stillante poche gocce di pus di buona indole.

In questo stato di cose chiese ed ottenne ella ai 28 di luglio il congedo dallo Spedale munita degl' opportuni consigli così su il modo di medicare ulteriormente la superstite soluzione di continuità come su i mezzi dietetici ed igienici più acconci alla sua condizione. Le fu pure prescritto l' uso interno del lattato di ferro con il segale cornuto al fine di ripristinare la menstruazione ; rimedio questo che le era già stato amministrato nei quindici ultimi giorni di sua stanza nello Spedale.

Non è ancora trascorso un mese dacchè guidata ella da un sentimento di gratitudine si presentò allo Spedale di S. Giovanni all' ora della visita ed avemmo in quell' occasione campo di verificare come sia ella perfettamente ristabilita e come sia pure

già da più d' un anno ritornata la menstruazione. Scorgemmo nella parte operata, la quale è ritornata del tutto alla sua sottigliezza primitiva, una solida e buona cicatrice con nessuna tendenza all' ernia, avvegnachè l' ammalata siasi sobbarcata ai gravi lavori della campagna senz' essersi provveduta d' alcun meccanico riparo mai.

Non vale ch' io dica come l' esito felice della cura d' un tumore così enorme, il modo con cui fu ottenuto e le altre circostanze sopra menzionate rendano quest' osservazione particolarmente degna d' attenzione (Le notizie ad essa relative furono registrate dal Signore Prelli, giovine Dottore amantissimo della Scienza e di bellissime speranze).

Riflessioni comuni alle due testè registrate osservazioni ed agl' altri congeneri casi per me osservati :

1.° Così nelle operate in discorso come nelle altre due donne per me menzionate in principo di quest' articolo, affette elleno pure da congenere morbo, questo si manifestò tra i ventidue ed i 26 anni e mostrò in tutti i casi un' aperta relazione con la gravidanza, con il puerperio e con l' allattamento. Quale può essere mai il valore e la genesi di cotesta relazione ?

2.° In tutti e quattro i casi il tumore aveva la sua sede nel lato destro dell' addomine dal confine superiore della regione ombillicale in giù verso la cresta iliaca.

3.° In tutti e quattro i casi le ammalate erano di costituzione piuttosto gracile, di temperamento linfatico pretto o misto cioè linfatico-nervoso o sanguigno-linfatico-nervoso ; due anzi fra le medesime d' abito strumoso meglio dichiarato andarono soggette nell' infanzia e nella puerizia ad atti strumosi in una o più sedi del corpo.

4.° Nelle due donne operate si toccò con mano che il tumore s' era primitivamente svolto nel tessuto celluloso retroperitoneale e che era perciò aderente al peritoneo.

5.° In amendue identica era la natura del tumore cioè fibro-lardacea con largo predominio della sostanza lardacea su la fibrosa.

6.° In amendue parimente la sostanza fibro-lardacea non s'era sviluppata fra i tessuti primitivi, ma aveva invaso fino dal bel principio questi tessuti e gl' aveva alterati ed assimilati alla sua natura. Da qui nasce che in ambo i casi fosse ne' luoghi della malattia scomparsa ogni traccia anatomica caratteristica dei tessuti della parete addominale.

7.° In amendue i casi videsi la sostanza fibro-lardacea in parte distrutta ed in parte violentemente infiammata dalla potente azione del cauterio svanir onninamente per assorbimento interstiziale e per fusione purulenta, superstite una guarigione duratura.

8.° In nissuna delle due ad ultimo la malattia si riprodusse perchè non era di base scirrosa.

Il Dottore Riboli registrò nella puntata dei 15 di novembre 1848 del Giornale della *Reale Accademia Medico-Chirurgica* di Torino un caso ai sopra descritti congenere. Trattavasi di donna su i 24 anni, tocca d'un tumore formato di sostanza bianco-lardacea, avente sede poco sopra la cresta iliaca sinistra, di tale volume che poteva con istento essere capito nel cavo della mano e manifestatosi anche nel corso della sua prima gravidanza. Lo levò egli via felicemente con il gammautte insieme con una porzione di peritoneo a cui aderiva della lunghezza di cinque centimetri e della larghezza di quattro. Avuto riguardo alla mole non soverchia del tumore comparativamente a quelli per me curati, alle ristrette coaderenze del medesimo e del peritoneo ed all' integrità anatomica delle aponeurosi e de' muscoli corrispondenti al male, com' ebb' egli ad accorgersi nell' atto operativo, il Dottore Riboli ha, nel mio concetto, adoperato molto saggiamente ricorrendo alla recisione che in tali o somiglianti casi credo sia sempre da anteporsi. Ma ne' casi di tumori molto più voluminosi, com' eran appunto i due per me veduti e sopra descritti, ed in quelli in cui la naturale parete aponeurotico-muscolare è stata per un vasto tratto convertita nella sostanza fibro-lardacea del tumore, com' accadde alle due ammalate per me curate, la recisione totale del tumore

potrebbe trarre dopo di se alcuni inconvenienti nell' atto operativo e dopo. Ed è appunto per queste considerazioni ch' io, tuttochè parteggi per la recisione quando si può salvamente eseguire, mi sono però determinato a fare conoscere per la via della stampa le due sopra citate osservazioni perchè il Neopratico non ignori che i sì fatti mali, anche nei periodi estremi della loro evoluzione, posson essere domi mediante la combinazione della recisione e della cauterizzazione di cui l' efficacia fu in ambo i casi superiore alla mia aspettazione.

Queste osservazioni erano già in corso di stampa quando lessi nella *Gazzetta Medica Italiana per gli Stati Sardi* che il valente Dottore Stecchini, più volte in quest' opera citato, aveva pure felicemente reciso un consimile tumor in una giovane Signora, una di quelle che è stata per me sopra citata a cui io aveva dato il consiglio di sottoporsi all' operazione. Credo che possan al caso del Dottore Stecchini acconciarsi le stesse riflessioni che ho fatte in ordine a quello del Dottore Riboli.



CORPO STRANIERO

Estratto da un' orecchia mediante il taglio con cui, distaccata in parte la conca nella sua inserzione all' osso temporale, è stata sciolta la continuità della parete posteriore del condotto uditorio.

È mio intendimento di parlare, non già in genere de' corpi stranieri nati, entrati a caso od introdotti nell' orecchia, nè del modo d' estrarli, ma solamente della possibilità di dover in alcuni rari casi ed estremi ricorrer al taglio per liberarne il paziente. Già consigliata da Paolo d'Egina e poi di nuovo dopo un lungo intervallo di tempo da Dionis, Duvernay e Verduc, la pratica del taglio eseguita nel modo stato poc' anzi espresso nel titolo di questa breve scrittura, ebbe ad oppugnatori Leschevin, Cooper, Valleroux, Bargellini ed altri. Ma in mezzo alle vicende di lode e di biasimo la quistione venne fin a noi irresoluta per questa principale ragione che così i propugnatori come gl' oppugnatori miser al servizio delle loro vedute, dei loro ragionari e delle loro conclusioni le speculazioni teoriche anzichè i fatti di cui difettavano. E per ciò appunto che mancavan i fatti li vediamo entrare forviati o traviati nella discussione con argomenti che non le calzano fuorchè per indiretto. Vediamone i principali: i propugnatori del taglio dicono che per questo è resa retta ed abbreviata la via alla presa del corpo straniero, mentre gl' oppugnatori avanzano che la maggiore difficoltà all' estrazione dei corpi stranieri movendo dal dutto uditorio osseo il taglio è poco favorevole a cotest' estrazione come

quello che cade soltanto su la parte molle e cartilaginosa del medesimo condotto. Ora bene, anche considerando la quistione al punto di vista delle laponiche proporzioni che le furono fin qui dàte; anche spostandola come fu fin qui spostata e trasportandola dalla Clinica, sua vera sede, alle fredde spoglie d' un Anfiteatro Anatomico; anche giudicandola, come fu fin qui giudicata, con in mano il compasso indicatore delle vie brevi o lunghe, rette o curve che guidano al corpo straniero con o senza taglio; io son inclinato ad acconciarmi all' opinione dei propugnatori per ciò che vedo che l' evidenza dei loro argomenti, ciò è che il taglio renda più retta e più breve ed io aggiungerei più ampia la via al corpo straniero, non è contrastata dagl' oppugnatori i quali stanno solo contenti a conchiudere che il taglio agevola poco l' estrazione di quel corpo. Ma non è egli meglio poco che nulla? Nè saprei menare buona a questi ultimi l' obbiezione che fanno al taglio dedotta da ciò che la maggiore difficoltà all' estrazione de' corpi stranieri derivando dal dutto uditorio osseo, debb' il medesimo essere di poco frutto per la ragione che scioglie solamente la continuità delle parti molli e cartilaginee di quel dutto: non saprei, ripeto, menare buona cotesta obbiezione perchè la difficoltà all' estrazione del corpo straniero non nasce per solito dal suo volume per cui riempia esattamente il dutto uditorio osseo e combacci strettamente alle sue pareti, ma bensì dal modo d' incastratura che ha nelle vie uditorie. Ho veduto il taglio sortir un effetto maravigliosamente utile in due de' miei malati ed in ambo i casi il corpo straniero era di forma cilindrica e sottile anzi che no con un' estremità che impuntava in una parte della parete ossea del fondo cieco del condotto uditorio, mentre l' altra, traforata la membrana del timpano, metteva capo nella cavità omonima. Il che stando solitamente così, non vi vuole molto a vedere che con uno strumento il quale arrivi al corpo straniero di lato e per una via più retta e più corta si può meglio sollevare a modo di leva o sconficcare od afferrare la sua estremità esterna che non quando v' arriva per le vie naturali più lunghe, più

incurvate e conducenti non già ad uno degl' estremi ma al centro del corpo straniero.

Ma essend' ormai tempo che, lasciate queste vane teorie, si rimetta la quistione nella sua vera sede cioè nel campo della Clinica di dove era stata per così lunga stagione forviata, io stimo che se gl' oppugnatori del taglio avessero qualche volta avuto il doloroso spettacolo di persone nelle orecchie delle quali fosse stato profondamente conficcato e stesse accovacciato un corpo straniero solido, cilindrico, acuminato; se avesser in vano tentati tutti i migliori mezzi d' estrazione suggeriti dall' arte in simili congiunture; se avessero veduto per la presenza del corpo straniero e per effetto de' maneggiamenti dell' Arte così infiammata, così tumida, così dolorosa la parte ammalata e soprattutto la mucosa che il corpo straniero in questa del tutto involuto o quasi non fosse più stato tangibile, nè visibile e che il più blando toccamento dell' interno del condotto uditorio, la più leggiera dilatazione dello stesso condotto ed il più semplice stiramento del padiglione dell'orecchia fossero riesciti a dolori incomportabili, disperanti od a truculente convulsioni; se avessero per giunta avuto in vano ricorso ai mezzi disirritanti e disinfiammanti locali e generali; se frattanto avessero già avvertiti nel paziente il delirio solo od alternante con il coma e con altri sintomi e segni di minacciante diffusione flogistica al cervello ed ai suoi invogli; se avessero avuti presenti all' animo i ferali casi narrati da Sabatier, da Belbeder e da altri; se nessun' altr' alternativa fosse loro rimasa fuorchè la morte del paziente o l' estrazione del corpo straniero; io stimo, dico, che, presenti queste acerbe condizioni, per me pur troppo reiteratamente vedute, gl' oppugnatori del taglio si sarebbero persuasi che non era argomento cotesto da trascorrervi sopra con tanta leggierezza: io stimo che nè Valleroux avrebbe creduto il taglio indegno d' essere menzionato, nè Bargellini l' avrebbe appellato assurdo; conciossiachè con quest' avventata sentenza han eglino nel mio concetto fatto prova di spensierataggine scientifica nella materia in discorso e nulla più. Giudichi in conseguenza il Lettore quale senso abbia la loro sentenza

dovuto destar in me che con il taglio aveva pochi mesi prima salvato dalla morte un ammalato ridotto a due diti dalla tomba. Fecero per verità così piccolo senso in me che, mentre fresca fresca era ancora nella mia memoria la lettura de' loro scritti, ho ripetuta con felice successo la da loro condannata e sfatata operazione. Ho già detto esser io stato due volte costretto ricorrer all' operazione in discorso e ciò con buona ventura degl' operati. I due casi avend' offerto molta analogia io stimo, a scanso di ripetizioni, riferirne qui un solo che occorse nella Clinica operativa.

Il Signor Abello del Piasco, celibe, d' anni 23, dotato di temperamento sanguigno-muscolare e di complessione erculea, fu ai 16 d' agosto 1847 accettato nella Clinica dello Spedale di S. Giovanni in una delle camere de' pensionarii. Stuzzicandosi egli due giorni prima l' interno dell' orecchia destra con una matita in piombo da lunghi anni dimenticata ed ossidata, si spezzò questa dentro l' orecchia impiantandosi nella membrana del timpano. Sopracchiamati subito, alcuni Allievi addetti al servizio d' uno Spedale di questa Capitale fecer alcuni tentativi per estrarlo, ma in vano: ritentate le prove da due Dottori di merito in tempi diversi non sortirono pure alcun util effetto. Sorse frattanto nella notte successiva al giorno dell' accidente una forte infiammazione dell' interno dell' orecchia con febbre gagliardissima, dolore locale dilaniante, uscita abbondante di siero dal meato uditorio, rossezza con gonfiezza del padiglione, diminuzione notevole del diametro del condotto uditorio per turgenza della membrana mucosa, cefalalgia insopportabile, sete, smania, ecc. Si praticò un salasso revellente, s' ebbe ricorso alle sostanze mollitivo-torpenti su la sede morbosa, ecc.; ma tutto in vano. In questo mezzo tempo il paziente s' è deciso prendere stanza nella Clinica operativa dove si praticaron in trentacinque ore cinque salassi generali e poi s' applicarono trenta sanguisughe in vicinanza della sede del male e si consigliarono bevande rinfrescanti, dieta rigorosissima, bagnuoli freddi mollitivo-torpenti, ecc., ma tutto senza pro, anzi con progressivo incre-

mento del male. Non si poterono fare serii tentativi d' estrazione del corpo straniero per la minaccia di convulsioni che conseguitarono la semplice introduzione dello specillo nel principio del dutto uditorio. Tant' è : tale fu l' enormità del male nella notte dei 18 ai 19 del citato mese che furon all' ammalato consigliati i doveri di Religione e s' ebbe qualche paura d' una catastrofe. Nella visita della domane essend' egli in uno stato spaventoso tra il delirio ed il coma con il volto ed il collo allividiti , polso celere , profondo ed irregolare , ansia di respiro, inquietezza e smania estreme, incorraggiato io dal favorevole esito ottenuto in un' altro simile caso mi sono deciso d' operarlo incontanente preferendo ricorrer ad un mezzo dubbioso anzichè starmene con le mani alla cintola e lasciar il paziente in preda ad una morte certa. Dalla fisonomia di molti Dottori presenti ebbi ad accorgermi che la mia decisione non incontrava approvazione e dopo l' evento molti de' medesimi mi confessarono candidamente che avevano creduta inutile ogni operazione perchè temevano che vicina a spegnersi fosse la vita di quell' infelice.

L' operazione fu eseguita nella mattina stessa del giorno 19 alle ore otto mattutine in presenza dei Dottori Cardona Medico Spagnuolo , Bruno Assistente della Clinica , Prelli , Marchisio , ecc. Appoggiato il capo dell' ammalato sopra un piano solido e rovesciato in avanti il padiglione , ho fatto con un gammautte retto di lama stretta un' incisione semilunare nel luogo di connessione della conca con il processo mastoideo, estendentesi da un' estremità all' altra dell' attaccatura posteriore della medesima conca. Rimasero feriti e furono tosto allacciati alcuni ramoscelli dell' arteria auricolare posteriore. Procedendo quindi con tagli successivi ed aventi la medesima direzione e quasi la medesima lunghezza del primo, affondai lo strumento fin in vicinanza dell' anello orbicolare a cui aderisce la membrana del timpano. Di poi con un taglio diretto secondo l' asse del condotto auditorio cioè dall' alto al basso e dal davanti all' in dietro ho aperto il medesimo condotto. Avendo quindi a questo aggiunta un' altra incisione trasversale nella maggiore vicinanza

possibile all' ima parte della ferita, risultò una breccia abbastanza larga per ammettere con facilità gl' opportuni stromenti, vie più che s' aveva cura di mantenerla dilatata con piccolissimi uncini ottusi. Bene prosciugata allora la ferita dal sangue che l' imbrattava, introdussi piccolissime pinzette di varia forma con le quali toccava bensì il corpo straniero, ma non mi veniva fatto d' abbracciarlo solo, avviluppato com' era in giro dalla membrana mucosa intumidita. Una volta sola m' è paruto che foss' afferrato a nudo, ma, fatta la prova d' estrarlo, l' ammalato entrò in una smania così disperata che giudicai cosa prudente smettere la presa. S' affacciò a me l' idea di cercare con una tenta solcata il corpo straniero; poi di farla scorrere lunghesso il medesimo fin alla sua estremità conficcata nella parete posteriore del fondo cieco del dutto auditorio, pur essa avviluppata dalla mucosa turgente; poi d' insinuarla tra cotest' estremità e la parete; poi ad ultimo d' alzare con movimento di leva la medesima estremità, mettendola così nella direzione dell'asse del dutto uditorio dove avrei potuto afferrarla con agevolezza ed ultimar in un modo soddisfacente l' operazione. Com' io aveva progettato, così appunto è succeduto. Se non che accadde che nel far il testè detto movimento di leva con la sonda il corpo straniero, a vece di sloggiarsi soltanto, balzò ad un tratto a notevole altezza con grata sorpresa degl' astanti e con grande sollievo dell' ammalato. Era esso corpo della lunghezza di nove linee e del diametro di due. Lavata quindi ed esattamente prosciugata la ferita, ne ho riuniti i margini con tre punti di sutura intercisa ed ho consigliata l' applicazione permanente di vesciche piene di ghiaccio pesto su la parte operata. Da quel momento scemaron i dolori locali, la cefalalgia, la febbre e cessarono quasi affatto il delirio, il coma e la smania. Essendosi però nella sera del giorno dell' operazione esacerbata la febbre con polso non più celere, irregolare, minuto, profondo, ma teso, duro, superficiale, si praticò un salasso di libbra dal braccio il quale fu ripetuto a notte avanzata, poi di nuovo nella domane e nella sera del giorno consecutivo all' operazione.

Con questi salassi, con la continuazione dei fomenti ghiacciati per lo spazio di cinque giorni, suppliti poi con cataplasmi molitivo-torpenti, con la dieta assoluta, con bevande rinfrescative e torpenti, con clisteri iterati e reiterati d' acqua diacciata, con la massima calma di spirito e di corpo avemmo la bella ventura di ridurre nel giro di sette giorni l' operato allo stato apiretico e di vedere ritornato il sonno, cessata in fin l' ombra del dolore. La ferita si riunì quasi per prima intenzione. Sgonfiarono bel bello il padiglione dell' orecchia e la mucosa del dutto uditorio. Per lo spazio di quindici giorni uscì dal meato marcia in prima sciolta e fetente, poi densa, bianca, inodora, per cui si fecero più volte del giorno lavande con decozione di foglie di malva, avend' ad ogni volta cura di nettare ben bene l' interno dell' orecchia con molli filaccica. A mano che il male dibassava la ferita della membrana del timpano andava via chiudendosi: il che abbiamo potuto giudicare da ciò che l' aria la quale nei primi giorni dell' operazione usciva con forte sibilìo dal dutto uditorio in seguito ad un' espirazione fatta a bocca e narici chiuse, dodici giorni dopo l' operazione non altro più destava nel suo passaggio a traverso della membrana del timpano fuorchè un leggiero mormorio appena percettibile. In questo stato di cose l' operato abbandonò lo Spedale ai 9 di settembre cioè 22 giorni dopo la sua entrata, nient' altro rimanendogli d' un tanto male se non se un leggiero grado di cofosi che un anno appresso erasi ancora assottigliata, com' ebbe a riferirmi uno degl' Allievi interni dello Spedale il quale viveva con esso lui in termini di buon' amicizia.

La storia genuina e precisa di questa fattispecie, alla quale è affatto analoga quella che m' è occorsa nella pratica privata, mi dispensa dal fare commenti per provare l' utilità della testè descritta operazione ond' estrar in alcune particolari congiunture corpi stranieri conficcati nell' interno dell' orecchia. Riflettano solamente gl' oppugnatori della medesima che l' ammalato era ridotto agl' estremi della vita; riflettano ch' era di ciò causa la presenza del corpo straniero; riflettano che d' impossibile attua-

zione erano tutti gli altri noti mezzi meccanici d' estrazione dei corpi stranieri dall' orecchia per l' estrema gonfiezza ed irritabilità della parte offesa ; riflettano che quando pure fosse stata possibile l' introduzione degl' altri mezzi meccanici d' estrazione, nullo ne sarebbe stato l' effetto , perchè per ottenere l' intento fu a me necessario un nuovo spediente , tuttochè avessi quasi sott' occhio il corpo straniero e potessi mandarvi contro gli strumenti per una via più breve , più retta , più ampia ; riflettano che l' indicazione dell' operazione anzichè da considerazioni anatomiche , debbe prima di tutto movere da urgenti considerazioni patologiche ; riflettan a tutto ciò e poi conchiudano.



DUE CASI

DI

DIARREA CRONICA

Guarita iniettando nell' intestino retto una soluzione di nitrato d' argento cristalizzato.

Tutti conoscono l' efficacia del nitrato d' argento cristallizzato nel correggere le croniche flogosi delle mucose (1) con o senza rammollimento, granulazioni, pustule, ulcerazioni, ecc. Parimente

(1) Una lunga sperienza ha dimostrato come ad altri Pratici, così a me che non fa neppur eccettuazion a questo principio la mucosa gastro-enterica di cui le croniche flogosi, specialmente quelle che son associate ad ammollimento della medesima, rivelata, oltre alla diuturnità del male, da flacidità delle gengive e della mucosa della bocca, da granulazioni nelle fauci, da uscita d' abbondante muco stomacale, ecc. sono molte volte utilmente corrette dall' uso interno della soluzione di nitrato d' argento. Sovente mi ritornan a questo riguardo alla memoria due casi uno d' uomo robusto e l' altro di delicata Madamigella per me veduti insieme con il mio buono e dotto amico il Dottore Luca, in cui la flogosi cronica della mucosa stomacale stata refrattaria a tutti i mezzi più razionali suggeriti dal testè citato Dottore di cui non vi ha chi non apprezzi la sapienza e l' oculatezza pratica, cedette anche con prontezza all' uso interno della soluzione di nitrato d' argento cristallizzato. Noto ancora per passo ch' in nessuno de' tanti casi in cui ebbi ad amministrare cotesto rimedio, m' è accaduto mai di vedere quel tal annerimento della pelle che succede al suo uso interno e di cui s' è cotanto parlato.

nel caso particolare d' infiammazione lenta della mucosa de' grossi intestini con diarrea o dissenteria cronica senza o con alcuni de' pur ora detti od altrettali vizii organici sono già negl'*Annali dell' Arte* consegnati casi comprovanti la sua efficacia. Moltissime volte io stesso ebbi in simili congiunture ricorso con vantaggio al nitrato d' argento iniettato nel retto in forma di soluzione oppur introdottovi allo stato solido mediante una cannula in gomma elastica, previa la dilatazione dell' ano con lo specolo. Ma confesso che la sua azione non m' è mai paruta così pronta e così efficace come ne' due seguenti casi di diarrea cronica la quale, ciò che più rileva, aveva già indotto lo stato cachettico degl' ammalati.

Caso I. Ragguarda questo caso al Dottore L. Lanza, mio antico amico e compagno di studî universitarî ed eccellente Pratico. Ha egli stesso scritta di suo pugno la storia delle sue tribolazioni ch'io non altro faccio fuorchè riprodurre qui in modo sinottico: temperamento epato-sanguigno: costituzione robustisssima: sanità in prima eccellente: anni 50: soggetto da alcuni anni a turgenze emorroidali raramente ricorrenti: vita esercitatissima per sopperir ai bisogni d' una clientela numerosa e sparpagliata sopra una vasta superficie: abuso perciò della cavalcatura: nel mese d'agosto dell' anno 1849 prima manifestazione morbosa per disappetenza, notti insonni, frequenti esiti alvini da prima e poi diarrea, e ciò in seguito allo smodato esercizio della sua professione, al calore della stagione ed all' abuso d' alimenti e di bevande riscaldanti, come carne di maiale, vino, peperoni e simili: fatta una modificazione ne' cibi e nelle bevande que'sintomi scemarono nel primo mese ma non cessarono: però subito dopo per soppressa traspirazione cutanea, crebbe nuovamente la diarrea, anzi si convertì in dissenteria: s' adopraron allora, oltre al riposo ed alla dieta, bevande subacido-gommose, gelatine vegetali, clisteri rinfrescativi, ecc., ma tutto in vano; chè il male rendevasi ognora più contumace e grave. Tuttavia dopo tre salassi generali e due applicazioni di sanguisughe ai vasi emorroidali insieme con altri congeneri mezzi disinfiammanti era desso

su il fine di novembre quasi del tutto svanito. Un mese dopo, per disordini dietetici, ritornò il male con forma di dissenteria ed, a malgrado della dieta, delle bevande rinfrescanti, dello zolfo dorato d' antimonio, dell' estratto di ratania, della tintura acquosa d' ipecacuana, del sciroppo diacodio, dell' oppio gommoso, del decotto di papaveri bianchi, delle frizioni di pomata emetica su il ventre, dell' olio per uso interno, continuò fino al mese di luglio dell' anno 1850 in cui l' ammalato riparò nella Clinica e fu coricato in una camera de' pensionarii. Quest' era il suo stato: macilenza estrema: avanzato grado di debolezza generale: edema delle estremità inferiori che durava già da alcuni mesi: da più mesi pure da dodici sin a venti esiti alvini per giorno sempre con istriscie di sangue ed alle volte con uscita di sangue in maggiore copia, soprattutto quando si adoperavano le frizioni di pomata emetica su l' addomine: materie degl' esiti alvini grigie e contenenti abbondante muco-pus: cociore, dolore, premiti, tenesmo ad ogni atto di *defecazione*: frequenti dolori colici: appetito irregolare, per lo più disappetenza: tristezza ed abbattimento d' animo: continua sensazione di freddo: pelle arida, secca e coperta in alcuni punti, soprattutto al volto, d' una crosta quasi terrosa: colore della medesima giallo-imbrunito sudicio: lingua e labbri scolorati: principiante subtumescenza del volto: polso debole, lento: ventre duro e non doloroso: orina scarsa e per lo più di colore brunastro. Con l' esplorazione dell' intestino retto si riconobbero nel medesimo ulcerazioni superficiali facilmente sanguinanti, coperte da un liquido purulento fetido e grigio: si riconobbero pure qui e quà piccole granulazioni fungose, alcuni tratti dell' intestino del colore della lavagna, le sue pareti più spesse e più tondeggianti del naturale, molte ghiandole mucipare ingrossate e sporgenti. Riandando la diuturnità del male, lo stato già cachettico della persona ed i guasti rinvenuti nel retto io fui in su le prime preso da scoraggiamento e da grave cruccio per la sorte di cotesto buon e vecchio amico e non vidi alcun altro filo di speranza fuorchè nelle cauterizzazioni ripetute dell' inte-

stino e prescrissi intanto, qual istradamento alle medesime, l' iniezione di cinque oncie d' acqua distillata con scioltovi entro un grano di nitrato d' argento cristallizzato, da praticarsi due volte per giorno. Quale ne sia stato l' effetto udiamolo dallo stesso ammalato: « la prima iniezione, la quale non provocò alcun dolore, mi fu subito vantaggiosa: dopo la terza iniezione scomparver il cociore dell' ano, i premiti, il tenesmo e le fecce divennero molliccie con notevole diminuzione del muco-pus: questi fenomeni di giorno in giorno s' assottigliaron ognora più, così che oggigiorno, duodicesimo di cura, son essi del tutto scomparsi, è cessata la sete, sono ritornate con l' appetito la pace e la quiete e mi trovo risanato da un male che m' avrebbe inevitabilmente condotto alla tomba ». La guarigione fu permanente; del che fui fatto certo dal Sig. Coccolo Allievo interno dello Spedale il quale gentilmente invitato dal Dottore L. Lanza convisse tre mesi appresso seco lui in dolce compagnia per alcuni giorni.

Caso II. Teresa R.: contadina: anni 36: maritata: temperamento sanguigno: abito cardio-capitale: costituzione per l' addietro assai buona. Trascorse in perfetta sanità l' età sua prima. Ai 13 anni fu menstruata: sofferse ne' seguenti varii periodi della sua vita reiterate sinoche ed alcune febbri intermittenti, leggiere affezioni però, state vinte con un blando metodo antiflogistico le prime e co' febbrifugi le seconde. È un miracolo che non le siano succeduti maggiori rovesci perchè è donna di capricci bizzarri e recalcitrante ad ogni regola dietetica. Nel mese d' agosto dell' anno 1848, mentre percorreva il primo periodo della gravidanza, colta dal freddo-umido della sera, fu assalita da febbre terzana: le si praticò un salasso e poi s' amministrò la china che fugò la febbre, ma per le solite sue intemperanze dietetiche e per purganti drastici abusati ricomparve questa dopo una breve triegua con la giunta d' un' intensa diarrea associata a dolori all' intestino retto, cociore all' ano, tenesmo, ecc. Colpa l' incongrua regola di vitto, la febbre e la diarrea continuarono per tutto l' inverno dell' anno 1849. Nella primavera

seguente scomparve la febbre e benchè continuasse la diarrea non solo partorì felicemente ma lattò ella stessa il bambino. Nel tempo dell' allattamento cessò la diarrea e manifestossi una gonfiezza edematosa negl' arti addominali. Questo stato di cose fu però di breve durata, perchè i soliti errori dietetici e l' uso di purganti drastici richiamaron in iscena la diarrea con tutti i sintomi primitivi, ed in questa misera condizione di diarrea che non le dava alcuna triegua continuò ella sin al mese di luglio dell' anno 1850. Violenta essend' allora la diarrea e minacciando l' edema delle estremità inferiori di far il passo all' anasarca, l' ammalata chiese ed ebbe ricovero nella Clinica in una delle camere delle pensionarie. In tutto il corso di cotesta malattia fin alla sua guarigione che si dirà tra poco la menstruazione offerse sempre la massima irregolarità nella quantità e nel periodo. Quest' era il suo stato quando fu accettata nella Clinica: da quattordici a venti esiti diarroici fra il giorno di materie grigie contenenti molto muco, però senza striscie sanguigne: cociore all' ano, dolori nell' intestino retto, nelle regioni dell' osso sacro e de' lombi, prurito, tenesmo: frequenti dolori colici: ventre teso, caldo e doloroso alla pressione: sete, sovente nausea, appetito capriccioso, digestione stomacale ed intestinale molto stentata: polso frequente, minuto, profondo, vieppiù nella sera: notevol edema delle estremità inferiori: subtumescenza del volto: colore lucido-cereo: sguardo languente: sonni irrequieti: orina scarsa, sovente rossigna con posatura: evoluzione di molt' aria negl' intestini: rutti: alquanto dolente al tatto la regione epatica e quella della milza e del ventricolo: principiante abito cacchettico: con l' esplorazione si rinvenne molto dilatato l' intestino e bozzuta, intasata, rossa, ammollita la sua membrana mucosa. L' ammalata fu tosto assoggettata ad una dieta rigorosa, alla bevanda di limonee vegetali e ad un iniezione quotidiana nel retto d' una soluzione d' un grano di nitrato d' argento cristallizzato in cinque oncie d' acqua distillata di fontana. Su il principio dell' azione del rimedio locale, si lagnava ella di mal essere generale: però dal quinto al sesto

giorno della cura i sintomi tutti della sua lunga malattia e contumace svanirono come per incanto. Non per questo si continuò la stessa cura per lo spazio di venti giorni cioè fin ai 23 di agosto di dett' anno, giorno in cui si congedò ella dalla Clinica, guarita non solamente ma con tale un miglioramento nella sua costituzione che recava una grata sorpresa in tutti coloro che la tennero d' occhio dal principio della cura sin al suo termine (Le principali circostanze relative a questo caso furono notate dal signor Vago Allievo del sest' anno di corso nella facoltà Medico-Chirurgica).



CASO
D' UNA PORZIONE DI CISTI
Convertita in integumento.

Alcuni Pratici, fra cui il veridico Monteggia, già avevano talvolta osservata la cisti de' tumori cistici convertita in integumento. A me pure era succeduto di ciò osservare, massimamente nei tumori cistici de' ginocchi, ma non mai vidi quella conversione così compiuta come nel seguente caso che credo perciò bene sia divolgato.

Maria Bologna da Ogliani : anni 23 : contadina : maritata : temperamento sanguigno : robustissima : tocca fino dalle fascie da un piccolo tumore cistico alla guancia sinistra, al di sopra della commessura de' labbri, al disotto dell' osso molare, all' in fuori dell' ala del naso dello stesso lato, il quale cresceva con il crescere degl' anni. Sia pel poco incomodo che le recava, sia per la paura grandissima de' mezzi terapeutico-operativi non volle ella mai che alcun rimedio fosse pur tentato. Ed in tale stato durava 23 anni. Finalmente un Veterinario la rese persuasa posseder egli un mezzo blando di sradicar il tumor ed a questo cerretano affidavasi la buona giovinastra venticinque giorni prima di riparare alla Clinica ed assoggettavasi a lui che, applicatole un caustico e lasciatolo per tre ore, ne alterò sì fattamente la pelle che il tumor il qual era globoso, di base larga e grande come la metà d' una mediocre pera, divenne nero, duro, com' un pomo abbrustolito, dolente e schifoso. Disperata di tanto guasto riparò ella alla Clinica operativa ai 2 di settembre dell' anno 1840. Riflettend' io che forse sarebbesi ancora

potuto trarre qualche partito di quel tumore così difformato maneggiando la parete posteriore della cisti in modo da farla servire d'integumento, ho due giorni appresso tolto con le forbici e con le pinze tutta la parete anteriore del tumore, secca, dura, indolente, insin sonora, poi ne ho bene votata la cavità della sostanza bruna, molle, inodora, simile all'adipe di maiale che v'era contenuta e poi ho fatto applicar unguento refrigerante su la soluzione di continuo per favorir il distaccamento delle parti mortificate dalle vive. Questa semplice medicazione continuata per cinque giorni fu così vantaggiosa che, cadute alcune reliquie d'escara aderenti, nuda apparve la superficie interna della cisti e circondata all'intorno da una zona ulcerativa dipendente dal distacco dell'escara dalla cute contermina a quella che copriva il tumore, su la quale però non aveva operato il caustico. Continuando allor a medicare la zona ulcerativa con unguento refrigerante, ho però fatto applicare nel centro dov'era la superstite porzione di cisti filaccica inzuppate in una soluzione d'allume con il fine d'indurarla. Brevemente, con questa semplicissima medicazione l'ulcera in breve tempo cicatrizzò e la superstite cisti resasi un poco tondeggiante assunse così bene i caratteri della pelle che dalla forma della lineare cicatrice pareva fossevi stata una ristrett'ulcera circolare o piuttosto anellare. La Bologna uscì dalla Clinica ai 3 del mese di settembre del dett'anno. (Le circostanze relative a questo caso furono notate dal Dottore Giacinto Pacchiotti).



IDROTTALMIA ANTERIORE

Guarita con la recisione d' un lembetto di cornea.

Sono stati contro l' idrottalmia lodati molti rimedii sì interni, sì esterni : fra i primi la digitale, i mercuriali, la pulsatilla nigricante, le preparazioni solforose, antimoniali, canforate, le bevande rinfrescative, ecc. e fra gl' ultimi le preparazioni saturnine, il setone alla nuca, i collirii astringenti e corroboranti, i bagnuoli d' acqua ghiacciata, la compressione, l' elettricità, le unzioni su le palpebre e su le parti circostanti con il balsamo di vita del Hoffmann, con l' acqua di Colonia, con l' ammoniaca, ecc. I rimedii esterni però non corrispondon all' aspettazione dei Pratici fuorchè quando l' idrottalmia non dipende da un vizio costituzionale; quand' è stato bene debellato il consocio stato irritativo e congestizio dell' occhio; quando non coesiston ancora gravi vizi organici e quando l' occhio non ha ancor oltrepassato l' intervallo delle palpebre. Primo dovere dell' Arte è quindi di combatter il vizio costituzionale, se coesiste, poi di debellare lo stato flogistico ordinariamente tenace e lungo e di rintuzzarne i successivi soliti rimbalzi, poi di ricorrere ai revellenti esterni ed interni e ad ultimo ai collirii astringenti e corroboranti. Tornando vana la cura incruenta si consiglia di ricorrer alla puntura ripetuta della cornea la quale è quasi sempre insufficiente a guarire radicalmente, o di votare l' occhio con la recisione d' una porzione della cornea. Dopo la recisione della

cornea le membrane interne dell' occhio s' infiammano, suppurano, si stringono e l' organo diventa atrofico; è anzi stato consigliato, quando l' infiammazione è insufficiente a ciò, d' attizzarla con l' esporre l' occhio alla luce e con il nitrato d'argento. Nel mio *Trattato di Blefarottalmo-terapia operativa* io aveva già notato come dopo la recisione della cornea per idrottalmia e per istafiloma sia possibile conservare la forma dell' occhio e v' aveva in appoggio del mio dire brevissimamente riferiti alcuni casi. Anzichè aderirmi perciò all' opinione di coloro che raccomandano d' attizzare la flogosi quando dopo l' operazione non insorgeva sufficiente, io dava il precetto di prevenirla o d' assottigliarla il più possibile. Ma, a malgrado che fossi guidato da quel principio, avend' osservato che, recidendo con il fine di risanare l' idrottalmia anteriore la cornea nel modo stesso con cui si recide lo stafiloma secondo la pratica generalmente accettata, sovente occorreva che l' occhio si votasse, ho pensato che fors' avrei evitato cotest' evento se avessi sottoposti gl' ammalati travaglianti d' idrottalmia anteriore all' operazione diretta a vincere lo stafiloma pellucido di cui è stata fatta menzione alla pag. 3 e seg. di questo Volume e l' evento corrispose alla mia aspettazione come sarà fatto chiaro dal seguente caso.

Maria Mirella: anni 21: contadina: nubile: temperamento linfatico-sanguigno: costituzione gracile: abito strumoso: forme fisiche leggiadre e regolari: carattere morale docile e confidente: nutrita con vitto mal sano ed abitante in un luogo umido: stata dall' età d' anni cinque fin ai sette soggetta a dermitidi crostizzanti estese a quasi tutta la parte capelluta del cranio e ad ingorgo lento delle ghiandole linfatiche del collo. A questi acciacchi s' aggiunse su i sett' anni un' ottalmitide strumosa acuta in prima, poi lenta e ad ogni primavera rimbalzante allo stato acuto. Al rimbalzo flogistico degl' occhi associavasi pur un uguale rimbalzo della cupa flogosi delle ghiandole del collo. Questi rimbalzi cessarono su i sedici anni lasciando dopo di se nell' occhio destro un' incoante idrottalmia anteriore. Però già tre anni prima erasi l' ammalata accorta che l' occhio destro

era più voluminoso e ch' era diminuita l' intensità del suo potere visivo. A diciassette anni comparve la sua menstruazione la quale continuò d' allor in poi ad essere regolare e piuttosto abbondante. A diciott' anni avend' ella immersi i piedi nell' acqua fredda mentr' era menstruante, ristagnaron i menstrui e fu colta da angioitide con nuovo risalto dell' ottalmitide da più anni spenta. Però con l' opportuno metodo antiflogistico svanì presto cotesta angio-ottalmitide. D' allor in poi godette buona sanità fin ai 20 anni cioè fin all' autunno dell' anno 1844 in cui per eccesso di lavoro sotto la sferza del sole risvegliossi accompagnata da sintomi imponenti l' antica ottalmitide la quale si mitigò bensì con l' opportuno metodo antiflogistico, ma d' allor in poi l' occhio destro crebbe prontamente a maggiore volume e cominciò ad offuscarsi la vista anche del sinistro. In questo stato riparò ella alla Clinica addì 11 di giugno 1845 dopo avere per alcuni mesi inutilmente applicati vescicatorii al braccio e presi la digitale, il nitro ed altrettali rimedii sopra menzionati. Pel ritardo della menstruazione era ella allor in uno stato d' iperemia generale ed uterina rivelata da tensione e pienezza di polso, frequenti svolazzi calorosi al capo, dolori lombari, sensazione di peso all' ipogastrio, ecc. Cessò questo stato e ricomparve la menstruazione con due salassi dai piedi, con alcuni pediluvii tiepidi e con le bevande rinfrescative. Del resto queste erano le condizioni dell' ammalata : pallidezza di volto : fisonomia priva d' espressione : sguardo incerto, quasi amaurotico : occhio destro fisso, immobile e talmente prominente oltre all' apertura palpebrale che era di continuo irritato dall' aria e dai corpi in essa volitanti : resistente al tatto e d' un volume doppio del naturale sembrava esso formato di due segmenti di sfera soprapposti l'uno all' altro e fra se divisi da un solco intermedio piuttosto apparente : la cornea lucida era stata molto aggettata in avanti : camera anteriore tre volte più ampia del naturale, e ciò per l' avvallamento dell' iride, per la massima distensione e convessità della cornea e per l' allungamento ed assottigliamento della sclerotica in avanti dove formava un circolo pericorneale di colore

turchiniccio: l' iride, oltrachè retrospinta ed avvallata, offrivasi quasi onninamente scolorata, specialmente nella sua grande circonferenza: pupilla dilatata ed immobile anche all' azione d'una luce intensa: fondo dell' occhio di colore naturale: esistenza d' alcuni punti bianchi ed opachi nella camera anteriore: lagrimazione poca ma continua: congiuntiva scleroticale alquanto iniettata: sclerotica, come già si notò, assottigliata, soprattutto in avanti, di modo che lasciava trasparir il color bruno della sottoposta coroide: spenta la vista nell' occhio destro, superstite solamente la facoltà di distinguere la luce dalle tenebre: l' occhio sinistro benchè più piccolo del destro superava però assai il suo volume naturale: la sua cornea era pure sporgente, ma men ampia la camera anteriore: la sua pupilla conservava la propria posizione, il proprio colore ed i movimenti naturali: la sua retina era ancora sensibile all' azione della luce: la sua forma ed il suo colore erano pressochè naturali, salvo il notato suo maggior volume e lo sporgimento della cornea: i suoi movimenti erano però alquanto tardi e molto circoscritti: la sua vista era fosca ed esisteva una vera miopia. Era dopo ciò facile pronunziare che trattavasi d' un' idrottalmia anteriore giunta al massimo grado nell' occhio destro ed incipiente nel sinistro. Considerando ch' imminente era la degenerazione del male nell' occhio destro e considerando altresì che nel periodo a cui era giunto del tutto vana sarebbe tornata una cura incruenta, altronde stata già inutilmente tentata, io ho in presenza della Scuola levato via un lembo triangolare della cornea destra nella sua parte inferiore ed esterna, e ciò nel modo stato detto alla pag. 3 e seguente di questo Volume dove s' è parlato d' una nuova operazione diretta a vincere lo stafiloma pellucido; modo perciò ch' io non mi farò qui a ripetere. Non passo però sotto silenzio che, avuto riguardo all' enorme ampiezza e distensione della cornea, ho nel fare le incisioni procurato che cotesto lembo riuscisse del doppio più grande dei lembi che si praticano per correggere lo stafiloma pellucido. Non appena aperta la cornea, uscì con impeto una notevole quantità d' umor acqueo e si fece

quindi procidente a traverso della ferita una membranella con forma di cisti sottile, trasparente e simil ad una di quelle idatidi che s' incontrano sovente nel praticare l' operazione dell' idrocele per puntura, la quale poco per poco s' avanzò e sbucciò finalmente del tutto fuori della camera anteriore presentando una consistenza quasi gelatinosa. A primo aspetto questa procidenza vescicolare si credette formata dalla gialloidea ma, avendo poi notato che dopo la sua uscita poco era scemata la consistenza dell' occhio e che non era punto uscito umore vitreo, non tardammo a convincerci del contrario. Era una cisti di nuova formazione? Quanto aveva potuto conferir alla sua genesi la membrana coprente la camera anteriore, resa ipertrofica dallo stesso processo morboso generatore dell' idrottalmia? Il vano superstite all' uscita di quella cisti fu subito riempito di sangue derivante second' ogni probabilità dai vasi della Coroide che erano varicosi: con i rimedii freddi e ripercussivi s' ottenne bensì di frenare cotest' emorragia in poco tempo, ma vi rimase un ipoema occupante tutta la camera anteriore il quale non isvanì se non se a capo di più giorni. L' infiammazione traumatica e la successiva riazione generale furono piuttosto intense, non cessarono fuorchè a capo d' una settimana e richiesero più cavate di sangue ed il concorso dei topici freddi ed astringenti. Come mezzi coadiuvanti a spegnere le ultime reliquie dell' infiammazione traumatica ed a migliorare la condizione dell' occhio sinistro si prescrissero di poi il calomelano, la cicuta, la digitale, il nitro, il segale cornuto e si continuò nel loro uso per lo spazio di quaranta giorni circa. L' occhio operato rimase per lungo tempo iniettato e dolente, le palpebre erano di continuo inaffiate da cispa e l' operata lagnavasi a quando a quando di cefalalgia, di dolori periorbitali e di fotofobia. Questi disagi però cessarono tutti con l' uso de' pur ora detti rimedii, d' un vitto attenuante e dell' applicazione d' una pomata di belladonna e d' unguento mercuriale intorno all' orbita; di modo che potè l' operata rimpatriare. Quest' era alla partenza dalla Clinica il suo stato: occhio destro, stato operato, di forma e di volume

naturali : cornea destra trasparente in tutta la sua superficie, eccettuata la sede da cui era stato tolto il lembo dov' offrivasi un poco opaca ed appianata : fondo dell' occhio di colore nero, conservata la facoltà di distinguere la luce dalle tenebre : il che non è poco se si riflette alla gravezza del male ed all' importanza dell' operazione che richiese: l' occhio sinistro, per effetto dei rimedii somministrati, dell'operazione del destro e delle sue sequele, era un cotale poco scemato di volume e la sua vista era molto men offuscata; di modo che poteva da se solo supplire al difetto della visione dell' occhio destro, almeno in parte (Le circostanze di questa storia sono state registrate dal Dottore Timermans, uno de' più distinti Allievi dell' anno scolastico 1844-45, il quale in guiderdone della sua capacità e prudenza fu, è poco tempo, nominato con generale soddisfazione Vice-Assistente dello Spedale Maggiore di S. Giovanni).

Fu in questo com' in tanti altri casi notevole la facilità e la prontezza con cui le ferite della cornea rimangono turate da una pseudo-cornea. Debbo anzi notare che in grazia probabilmente della forma triangolare della ferita, cotesta facilità e prontezza furono nel presente caso ancora maggiori che non in tante altre congiunture in cui io aveva levata una porzione di cornea second' il metodo generalmente accettato di recidere lo stafiloma.



CASO D' OSTACOLO ORGANICO

DELL' ESOFAGO

Stato risanato con la cauterizzazione

preceduta da un leggiero grado di dilatazione.

Contrariamente a quanto succede nell' uretra di cui gl' ostacoli organici permanenti quasi non mai s' avviano ad una degenerazione di rea natura, avend' io in una lunga pratica veduta una sola volta la sì fatta degenerazione, i congeneri ostacoli dell' esofago traggono quasi sempre la loro origine da germi malignanti od a questi nel loro progresso s' associano. Da qui nasce la difficoltà che l' arte incontra nel guarirli quando già hanno percorse lunghe fasi ed alle volte insin nella loro prima origine. La dilatazione procurata con minugie emplastiche od elastiche, piuttosto coniche che non cilindriche o con cannule cave così dette *esofagee* o con particolari strumenti dilatanti, e patrocinata da Richerand, Carrier, Fallon, Jameson, Earle, Home, Macilwain, Migliavacca, Denis, Berard, ecc. è per lungo tempo stata il solo compenso terapeutico contr' agl' ostacoli organici permanenti dell' esofago e, sebbene le sia stata di poi aggiunta per opera di E. Home, Andrews, Carlo Bell, Macilwain e Darwin la cauterizzazione, il vero è però che, se oggigiorno non è ancora decisa la quistione della loro preferenza

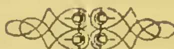
ne' casi d' ostacoli di buona indole e radicalmente sanabili, lo è però in ordine a quelli di rea natura e passivi soltanto d'una cura palliativa, essendochè tutti convengono su la preferenza della dilatazione in questi ultimi casi. Avuto poi riguardo che gl' ostacoli da degenerazione scirrosa, cancerosa, fungosa e simili sono di lunghissima mano più frequenti che non gl'ostacoli generati da infiammazione cronica con abituale intasamento vascolare, da induramento, da trasformazione lardacea della membrana mucosa o del tessuto celluloso retromucoso i quali meglio s'acconcierebbero alla cauterizzazione, e che altronde non è sempre la cosa facile il distinguer innanzi tutto gl' uni dagli altri, è agevole cosa inferire ch' una larghissima parte sarà sempre fatta nella cura di quegl' ostacoli alla dilatazione come mezzo di cura radicale o palliativa. Non per questo è da trasandarsi la cauterizzazione ogni volta che si ha la presunzione che l' ostacolo non sia di rea indole; perciocchè con esso meglio che non con la dilatazione può spegnersi il cronico lavorìo flogistico, fors' alle volte speciale, che sta a base di tutte quelle maniere d' ostacoli.

Avend' avuta l' occasione di vedere due ammalati radicalmente guariti con la cauterizzazione praticata con il nitrato d' argento cristallizzato di cui uno nella pratica privata e l'altro nella Clinica ed essendomi paruto che fra i due ammalati vi fosse, pel genere del male, per l' età, per il temperamento e per le cause, molta analogia, io m' induco, a scanso di vane ripetizioni, a registrare qui la sola osservazione statami sporta da quest' ultimo.

Carolina S.: vedova: anni 35: temperamento bilioso-sanguigno: costituzione piuttosto gracile: abusatrice di vino e di liquori spiritosi: soggetta fino dall' infanzia a frequenti epistassi le quali cessarono su i 15 anni cioè all' erumpere della menstruazione che fu sempre d' allor in poi regolar ed abbondante: affetta ai 20 anni da blennorragia sifilitica la quale scomparve dopo percorso il primo periodo e fu conseguitata da infiammazione della bocca e dell' esofago, stata domata con alcuni salassi e con collutorii raddolcenti: assalita ai 24 anni da

encefalitide stata vinta con diciotto salassi. In età di 30 anni abusand' ella sempre di cibi e di bevande calorosi cominciarono i primi indizii di disfagia la quale andò via crescendo, spinta maggiormente al progresso dal consiglio che le fu dato di raddoppiare l' uso delle sostanze calorose, soprattutto de' liquori spiritosi. Brevemente, trascorsero le cose a tali termini che già da sei mesi prima che si presentasse alla Clinica su i primi giorni del mese di giugno 1846 non era ella più capace di tranguggiare alcuna sostanza solida, si nutriva dei soli cibi liquidi, ancora presi in iscarsa copia ed era perciò caduta in un notevolissimo stato di macilenza e di debolezza. Con l' esplorazione riconobbi che l' ostacolo aveva sede in prossimità del cardia e che era ristretto a segno d' ammettere soltanto la punta d' un piccolo catetere in gomma elastica. Essendomi paruto che la malattia dell' esofago avesse qualche relazione con una condizione morbosa erpetica, ho prescritto un vescicatorio al braccio con la veduta di procurar un lungo spurgamento; ho pure prescritte bevande ghiacciate e raddolcenti e mi son accinto alla dilatazione con lunghe e sottili cannule esofagee per gradi crescenti in volume che di tre in quattro giorni introduceva nell' ostacolo. Quando da una qualche minore difficoltà nell' inghiottir e maggiore facilità nell' introdurre le cannule, tuttochè ancora piccole, nell' ostacolo fui fatto accorto che la dilatazione era sufficiente per ammettere il portacaustico ch' io aveva frattanto fatto allestire su il modello di quello di Ducamp per gl' ostacoli dell' uretra, ma molto più lungo e più voluminoso, ho praticata la prima cauterizzazione e poi successivamente due altre con l' intervallo di quattro in cinque giorni dall' una all' altra. Di quasi nissun rilievo fu l' effetto irritativo delle cauterizzazioni, avvegnachè ad ogni volta s' adoprasse una dose di nitrato d' argento cristallizzato che debbe in simili congiunture esser anteposto ai caustici liquidi, forse tre volte maggiore di quanto per l' ordinario s' adopera nella cura degl' ostacoli dell' uretra. Tanta fu l' efficacia di cotesto compenso che dopo la terza cauterizzazione mi fu facile fare passare nello stomaco l' ordinaria cannula

esofagea. Da quel momento disparve ogni effetto del truculento male e libero divenne l' inghiottimento. Nel seguito introdussi ancora per quattro volte la cannula esofagea nel ventricolo, e ciò sempre con maggiore facilità. D' allora in poi la malattia non s' è più riprodotta (Le notizie di cotesta storia furono registrate dal Dottore Lessona).



ESITO FELICE

D' UN' AMPUTAZIONE DI COSCIA

a malgrado della complicazione

d' un vasto ascesso della medesima.

Benchè nell' amputazione d'elezione sia precetto di comprendere nel taglio tutti i tessuti che son in attuale condizione di malattia, cotesto precetto va però soggetto ad eccettuazioni. E vaglia il vero: succede non tanto di rado ch' una cronica lesione organica ossea od articolore generi e mantenga lungi da se su per il membro tragetti sinuosi o fistolosi ovvero induramenti bianchi o rossi del tessuto celluloso i quali svaniscono da se dopo la sezione della parte affetta dell' osso o della giuntura, risultandone in cotal modo un utile risparmio di tessuti molli. Quando dunque si riconosce che le malattie, massimamente i seni e le fistole, collocate in un piano superiore a quello della parte di cui la lesione richiede l' amputazione, abbian un' immediata attinenza a questa lesione, sian anzi dalla medesima dipendenti, non debbon essere comprese nel taglio. Son innumerevoli i casi in cui le vidi risanare dopo l' amputazione avvegnachè fossero stati risparmiati i tessuti in cui avevano sede. Nè solamente vid' io, come videro molti Pratici, risanare seni e fistole sussecutivi ad ascessi aperti, ma vidi altresì, ciò che fa un notevole divario, risanati pur essi in non poche congiunture ascessi più o meno vasti, non ancora aperti e stati nel-

l' amputazione risparmiati. Dico che fa ciò un notevole divario, giacchè i seni e le fistole sussecutivi ad ascessi aperti sono per solito scevri da flogosi, dovechè questa è sempre in maggior o minore grado consocia agl' ascessi non ancor aperti. Sarei troppo prolisso se volessi tutti citar i casi d' arti stati per me felicemente amputati, specialmente a cagione d' artrocace complicato ad ascessi non ancor aperti e diffusi più o men in su verso la radice dell' arto, i quali furono solamente aperti nella loro parte inferiore nell' atto del taglio circolare delle parti molli richiesto dall' amputazione, mentre la più grande porzione delle loro pareti rimasero connesse con il moncone. Non so tuttavia rimanermi dal citarne uno il quale, per la vastità dell' ascesso complicante e per la felicità dell' esito, compendia, starei per dire, il risultamento de' casi più numerosi ma men importanti che in questo genere m' è toccato osservare.

Cecilia Merassi: anni 10: temperamento misto, sanguigno-bilioso-linfatico: stata all' età d' anni 3 tocca da leggiera congiuntivo-ceratitide che svanì in pochi giorni: stata pure su i sette anni affetta da catarro bronchiale rebelle che dopo il corso di sei mesi non cessò fuorchè al primo comparire del gonartrocace di cui si farà subito discorso e che esigette l' amputazione della coscia. In età appunto di sette mesi e mezzo circa la ragazza cadde, trastullandosi, da un piano piuttosto elevato e rilevò una violenta contusione nel ginocchio destro la quale fu nel primo principio alquanto trasandata. Poco stante si manifestarono gravi dolori locali, la giuntura salì ad un grande volume e la gamba rimase attratta così che nel primo periodo del male non poteva per poco esser allungata senz' incomportabili dolori. Frattanto l' infiammazione della giuntura non opportunamente curata riescì al guasto organico dei tessuti che la compongono, sì ch' erano già presenti i segni di suppurazione *entrarticolare*, di carie, d' usura ulcerativa e di ammollimento de' legamenti con tendenza alla lussazione spontanea e con deviazione della rotella e della gamba all' in fuori: ciò è che verificammo nel primo giorno della sua accettazione nello Spedale

ch' ebbe luogo nel mese d' aprile dell' anno 1846. Verificammo pure che la suppurazione elaborata nella giuntura s' era già poco per poco fatta strada su per la coscia dove s' incontrava nel suo lato anteriore ed esterno un vasto ascesso, poco dolente e protratto fin in vicinanza del piano della cavità cotiloidea. La gravità e diuturnità del male e la snervatezza delle forze della ragazza pei lunghi patimenti, per la protratta immobilità, per le ricorrenti patite febbri, per le pessime digestioni, ecc. accennavano al bisogno dell' amputazione quale sola àncora di salvezza. Ma la madre di lei non volle accettarla fuorchè alla condizione di sperimentare prima altri mezzi e fu in ciò così inesorabile che si dovette a sua soddisfazione sottoporla all' uso interno del protojoduro di potassio ed alla pratica di due piccoli rottorii su la giuntura. Furono da questi mezzi continuati per due mesi alquanto alleviati i dolori locali ed un poco migliorata la costituzione, ma non fu scongiurata la necessità dell' amputazione alla quale, in vista di ciò, s' aderì ella pure la madre della ragazza. Prima però di praticare l' amputazione dovevamo noi aprir il vasto su accennato ascesso della coscia? Riflettendo che anch' aprendolo con dilicate incisioni sottocutanee, non sarebbe esso stato esaurito mai, come quello che era stato promosso dalla malattia della giuntura e che continuava ad esser in relazione con la medesima; il che era provato dall' assenza d' ogni vizio organico del periostio e del femore nella sede per esso occupata e dall' assenza pure d' alterazione nella giuntura ileo femorale: riflettendo altresì che, nel caso in cui dopo le incisioni sottocutanee la cavità dell' ascesso si foss' infiammata, ne sarebbero probabilmente succedute disgustose sequele per la riazione locale e generale e forse per l' assorbimento del pus: facendo ad ultimo conto del linguaggio della sperienza per cui m' era già stata più volte provata l' innocenza di simili ascessi lasciati aderenti al moncone; io ho determinato di non aprirlo e di ricorrere subito all' amputazione la quale fu eseguita secondo il metodo circolare nel terzo inferiore della coscia ai 14 di luglio di dett' anno in presenza della Scuola. Nel momento in cui

il gammautte penetrò di pien filo nella parte bassa dell' ascesso, ne sgorgarono con impeto due libbre circa di suppurazione. Dopo allacciate le arterie s' allargò con pinze il contorno dello sbocco dell' ascesso votato e si riconobbe che si prolungava esso fino nella parte più alta della coscia e che il diametro del suo tragetto era tale da capire il braccio d' un bimbo di due anni. S' introdusse una fettuccia secca in quello sbocco e si riunirono di poi per prima intenzione tutte le rimanenti parti del moncone. La riazione traumatica locale e generale non fu punto maggiore di quanto s' osserva nei casi ordinarii. Nelle prime medicazioni si vide uscire dal tragetto del seno superstite all' ascesso aperto un poco di suppurazione piuttosto consistente la quale bel bello passò in quindici giorni allo stato d' un liquido seroso ed inodoro e poi cessò del tutto , intantochè onninamente chiuso offrivasi il seno e poco stante cicatrizzò altresì il moncone con consecutiva permanente guarigione.

Stato del membro amputato : il citato ascesso si rinvenne comunicante con la giuntura del ginocchio per mezzo di due distinti fori fistolosi di cui uno era collocato nell' esterna parte della giuntura e l' altro nella sua parte posteriore : le fibro-cartilagini e le cartilagini della giuntura ed i legamenti entrarticolari in parte corrosi, in parte svaniti ed in parte convertiti in una sostanza come lardacea : i legamenti circostanti alla giuntura dov' ulcerati, dov' ammolliti, dove spappolati : induramento di quasi tutto il tessuto celluloso circondante l' articolazione : carie della superficie interna della rotella : inspessito e come lardaceo il legamento femoro-tibio-rotuleo : i condili del femore cariosi per un grande tratto. (Le notizie relative a questo caso furono registrate dal Dottore Emilio Schiapparelli, già distinto Chirurgo Militare).

UNA MODIFICAZIONE

All' amputazione parziale degl' ossi del metacarpo e del metatarso nella loro continuità insieme con i diti corrispondenti.

Due sono i metodi generalmente abbracciati per questo modo d' amputazione.

Primo metodo od antico. La pratica operativa è in questo caso diversa secondochè s' amputano gl' ossi metacarpei medii oppure il primo e l' ultimo.

Ossi metacarpei medii. Disposte le parti come nel caso dell' amputazione d' un solo dito, tirati dal lato radiale i tegumenti che coprono l' osso da amputarsi ed, applicato il gammautte perpendicolarmente contro al suo lato cubitale alcune linee sopra il male, si affonda rasente l' osso sin a che la sua punta non esca dalla palma della mano: poi si termina tagliando i tessuti sin alla commessura interdigitale corrispondente. Dopo ciò, scostati ben i tessuti dal lato opposto, s' applica di nuovo il gammautte nell' angolo posteriore dell' incisione dorsale e si fa scorrere da quel lato altresì rasente l' osso sin a che non sia esso uscito dal lato palmare nella prima incisione. Poi si tagliano anche dal medesimo lato tutti i tessuti molli sin alla commessura interdigitale. Per ultimo levati via i rimasugli di parti molli ancor aderenti tutt' intorno all' osso, si colloca profondamente nella ferita una lamina in legno od in piombo e si sega l'osso

molto obbliquamente dal davanti all' in dietro e verso il lato cubitale se si tratta del penultimo osso metacarpeo o verso il lato radiale se si tratta del secondo.

Primo ed ultimo osso metacarpei. Dovendo amputar il primo osso metacarpeo, si debbe cominciar a far un lembo verso il lato radiale, il quale dal luogo dove si ha da segare l' osso giunga sin all' articolazione metacarpo-falangea. Si può formare questo lembo prendendo con i diti e tirando il più possibile le parti molli che coprono l' osso dal lato radiale come per distaccarle dal medesimo e poi traforandole con un gammautte acuto bene rasente l' osso dal lato dorsale verso il palmare, ed incidendo quindi dal di dentro in fuori tutti i tessuti molli sin alla detta giuntura metacarpo-falangea: oppure si può formare il detto lembo tagliando dal di fuori in dentro, vale a dire praticando due incisioni, una dorsale e l' altra palmare, le quali si uniscan a livello della giuntura metacarpo-falangea verso il lato radiale del dito e poi dissecando il risultante lembo integumentale dal suo apice sin alla base. Comunque fatto il lembo si porta di nuovo il gammautte nell' incisione dorsale e s'affonda costeggiando l' osso nel primo spazio *intermetacarpeo* sin a che non esca per la ferita della regione palmare. Quindi si fa scorrere lo stromento sin alla prima commessura *interdigitale* e si termina l' operazione come s' è detto nell' antecedente paragrafo, segando l' osso dall' avanti all' in dietro e verso il lato radiale.

La pratica operativa necessaria per l' amputazione dell' ultimo osso metacarpeo non è diversa dalla fin qui descritta, fuorchè in ciò che il lembo debb' essere dal lato cubitale; la quale cosa è molto più facile in grazia della maggiore mobilità delle parti molli che vi s' incontrano, e che la segatura dell' osso debb' esser eseguita dal davanti in dietro e verso il lato cubitale.

Secondo metodo o moderno di Velpeau. Un Assistente scosta i diti e mantiene ferma la mano. L' Operatore, abbracciato il dito amputando con la mano sinistra, pratica con l' altra mano munita d' un gammautte retto un' incisione obbliqua ed ovale la quale partendo dall' articolazione posteriore si prolunga all' an-

teriore del metacarpo e dà il giro intorno alla radice del dito. Una seconda incisione movendo dal luogo dove questa si termina è destinata a raggiungerla ad angolo molto acuto su il dorso della mano ma dall' altro lato della giuntura del metacarpo. S' isola in seguito l' osso dal lato della sua superficie palmare sin al di là della sede ammalata, quindi si reseca il medesimo con le cesoie di Liston.

Prima dell' uso del cloroformio questo secondo metodo o moderno di Velpeau il quale può con poche variazioni estendersi eziandio all' amputazione parziale degl' ossi del metatarso, aveva l' inconveniente d' essere più doloroso. Ma a parte anche di ciò ha esso ancora l' inconveniente d' essere meno spedito e di schiacciare l' osso anzichè di resecarlo con precisione, e quest' inconveniente non è compensato da alcun comodo, giacchè come tale io non tengo la risultante integrità delle parti molli dal lato della palma della mano.

Nel metodo antico poi si colloca profondamente nella ferita una lamina in legno od in piombo per difender i tessuti molli *intermetacarpei* dalla lesione della sega. Ma qui appunto cade la difficoltà che mi ha indotto ad abbandonare cotesto metodo: giacchè è cosa difficilissima condurre così precisamente la sega ch' essa sciolga la continuità dell' osso appuntino su il piano del lato superiore della lamina. Essendo ciò difficilissimo e quasi l' effetto del caso che cosa debbe succedere? Succede o che la sega resechi l' osso al di sopra di quel piano ed allora non sono dalla sua lesione mallevati i tessuti molli intermetacarpei ed è fallito lo scopo per cui s' interpone la lamina, o che la sega divida l' osso al disotto di quel piano ed allora la punta d' osso d' ordinario resecata a becco di flauto, non più sorretta e nutrita dai corrispondenti tessuti molli riesce nella necrosi, il che, se non è d' alcun inconveniente nella resecazione parziale dei tre ossi metacarpei medii, di cui la superstite ferita non si riunisce solidamente per prima intenzione, può esserlo nella resecazione del primo e del quint' osso del metacarpo di cui la ferita si copre con un lembo di parti molli e si riunisce per prima intenzione.

Per evitare cotesto sconcio e per conseguire che il moncончino osseo rimanga sempre connesso con le corrispondenti parti molli, io ho da lunghi anni abbracciata la seguente pratica operativa stata per me così sovente ridotta con felice successo ad atto nella Clinica operativa su gl' occhi d' una numerosa Scuola che credo inutile citar osservazioni in appoggio le quali altronde, pel loro grande numero, renderebbero con poco pro il mio dire soverchiamente diffuso. Nella supposizione che s' abbia ad amputar il quarto osso del metacarpo, l' Operatore, applicato il gammautte perpendicolarmente contro al suo lato cubitale alcune linee sopra il male e su lo stesso piano in cui ha in animo di resecare l' osso, l' affonda rasente il medesimo lato sin a che la sua punta non esca dalla palma della mano e poi termina tagliando i tessuti sin alla commessura *interdigitale* corrispondente. Fatto quindi dal lato dorsale della mano ed in corrispondenza della quarta giuntura metacarpo-falangea un taglio trasversale delle parti molli esteso solamente fin alla metà del terzo spazio *intermetacarpeo* che è dal lato radiale dell' osso da resecarsi, disseca egli il risultante lembo integumentale raddoppiato dal tessuto celluloso sin al luogo in cui debbe effettuarsi la resecazione, e ciò senz' interessare i tessuti molli che riempiono il piano medio ed inferiore dello spazio *intermetacarpeo*. Procura quindi il ritiramento dei due margini con due uncini ottusi di cui uno è destinato ad afferrare con la sua parte concava il margine palmare e l' altro il margine dorsale, mentre le loro aste s' assettano ben bene una alla faccia palmare e l' altra alla dorsale della mano, incrociandosi verso il lato radiale di questa così che il manico dell' uncino palmare salga sopra il piano della faccia dorsale e quello della dorsale discenda più in basso del piano della faccia palmare. In questa guisa l' osso rimane così sporgente e così isolato dai lati dorsale, palmare e cubitale che con la sega a catena riesce oltre ad ogni dire facile resecarlo senza ledere le superstiti carni ad esso ancor aderenti dal lato radiale e riempienti lo spazio intermetacarpeo. Imperciocchè la cessata resistenza alla sega e la mo-

bilità del pezzo inferiore avvertono subito l' Operatore della compiuta resecazione ed allor applica egli un gammautte retto dietro l' estremo inferiore dell' osso resecato e lo fa rapidamente trascorrere fin alla commessura interdigitale dividendo i tessuti molli intermetacarpei lunghesso il lato radiale dello stess' osso. Il superstite frammento posteriore dell' osso non perdendo in questa pratica le sue naturali connessioni anatomiche con le parti molli circostanti, si conserva immune da carie e da necrosi.

Non diversa è la pratica operativa quando hassi a resecar il second' osso del metacarpo, salvochè debbe questo essere isolato dal suo lato radiale nel primo spazio intermetacarpeo e resecato da questo stesso lato verso il cubitale.

Non diversa è pure cotesta pratica nel resecare il primo e l' ultimo osso del metacarpo; se non che nel primo caso, formato un lembo di parti molli nel lato radiale, l' osso debbe poi esser isolato e resecato da questo lato verso il cubitale, mentre l' opposto debbe eseguirsi nel secondo.

La medesima pratica finalmente può altresì con poche variazioni adattarsi alla resecazione parziale degl' ossi del metatarso.



CASI NON ORDINARII

D' IDROCELE NELL' UOMO

Con alcune riflessioni

relative allo stesso argomento.

Idrocele cistica della vaginale a clessidra.

Sabatier aveva già veduto un' idrocele avente sede in parte nello scroto ed in parte nell' addomine. Alcuni Scrittori posteriori riferirono quel caso alquanto dubitativamente. A me pure leggendolo, giovinetto ancora, mi parve la rara cosa. Eppure nella mia lunga pratica ebbi a vederlo tre volte ed in tutti e tre i casi ho osservato che moveva o da eccessiva distensione della vaginale per l' acqua dell' idrocele o da esterna pressione fatta su la medesima nel corso d' un' idrocele. L' eccessiva quantità dell' acqua d' un' idrocele infiamma per istimolo di soverchia distensione la vaginale e le pareti circostanti, provoca la loro suppurazione ed il loro crepaccio ulcerativo, alle volte anche cancrenoso. Ciò è che per solito succede. ma può altresì accadere che la vaginale e le parti adiacenti resistan all' urto dell' acqua ed allora questa dopo avere ben bene occupato ogni meandro della cisti serosa scrotale, fa di dentro in fuori urto contro la sua estremità superiore, la spinge nel canal inguinale, poi nell' addomine contro la faccia esterna del peritoneo che distacca dalla parete addominale, poi, continuando a crescere la raccolta acquosa, alza quel-

l' interna estremità della vaginale in un tumore fluttuante più o meno voluminoso e diretto ora dal lato della fossa iliaca ed ora da quello della linea mediana. Altre volte la vaginale non è spinta nell' addomine perchè soverchia sia la sua raccolta acquosa, ma perchè, per forte pressione di bendaggi sospensivi, è impedita l' evoluzione del tumore dal lato dello scroto. È inutile dire che cotesti casi fanno sempre presupporre interrotta la comunicazione della vaginale con il peritoneo, escludendo cotesta comunicazione per una ragione troppo evidente il sì fatto evento. In tutti e tre i casi il canal inguinale era molto dilatato. Questa dilatazione preesisteva essa alla formazione dell' idrocele? Ha essa favorito il passaggio della vaginale piena d' acqua nell' addomine? È dessa stata la sequela di cotesto passaggio? Non saprei dirlo. M' induco a dire con tutta brevità alcun che intorno a que' tre casi non tanto per ragione di rarità quanto a motivo d' utilità. Vieppiù m' induco perchè in uno di que' casi ottenni senz' alcun inconveniente la guarigione radicale con le iniezioni che il Sabatier, su il timore di peritonitide, voleva escluse, stando contento a consigliare la cura palliativa.

Caso I. Nel mese di settembre dell' anno 1827 fu trasportato nell' Anfiteatro Anatomico il cadavere proveniente dal Manicomio d' un tale Domenico Chieria, in cui si vedean due enormi tumori, dei quali uno era formato da eccessiva distensione della parte destra dello scroto e l' altro aveva sede nella parte destra della regione ipogastrica, fra se comunicanti a traverso del canal inguinale. Trasparente era il tumore scrotale e, quale dei due si percotesse con i diti, percepivasi nell' altro una fluttuazione distinta. In grazia dell' avvallamento intermedio risultante dal cingolo formato dal canal inguinale riferivan essi la forma d' una

clessidra. Aperti, si riconobbe essere formati da acqua contenuta in copia smisurata entro la vaginale la quale non più potendo allargarsi dal lato dello scroto erasi a lungo andare spinta nel ventre. Tanta era la raccolta d' acqua nella porzione addominale del tumore che la vescica orinaria n' era rimasta schiacciata.

Caso II. Nell' anno 1846 vidi insieme con il mio amico e Collega il Professore Cavaliere Demichelis un giovine Dottore in Leggi il quale ci offerse pur un' idrocele cosparta in due tumori di cui uno minore occupava la parte destra dello scroto e l' altro più voluminoso la fossa iliaca destra. Il tumore scrotale aumentava stando in piedi e decresceva nella posizione orizzontale. Il tumore della fosse iliaca diventava più sporgente e teso comprimendo lo scrotale ed all' opposto. Distinta era la fluttuazione in ambi i tumori, distinta la trasparenza in quello dello scroto e distinta pure la comunicazione tra l' uno e l' altro. Il paziente era stato un anno e mezzo prima tocco da orchitide blennorragica la quale riescì all' idrocele. A mano che questa cresceva egli, per non comparire disformato o sconciato, vi faceva sopra una valida pressione con compresse e con sospensorii bene stretti; tanto che costrinse la vaginale a migrare nel ventre dal lato della fosse iliaca. Con la puntura s' estrasse tal e tanta copia d' acqua ch' era sproporzionatamente maggiore alla capacità del solo tumore dello scroto. Fu consigliato a sottomettersi alla cura radicale con l' iniezione. D' allora in poi non ebbi più notizia di lui.

Caso III. Nell' estate poi dell' anno 1847 a me s'offerse l'occasione di veder un' altra idrocele cotanto, per la sede, per la forma, pel volume, per le cause e per l' età del paziente, analoga a quella del caso II ch' io stimo, a scanso d' inutile prolissità, di non farne una particolarizzata e minutamente circonstan–

ziata descrizione. Una sola circostanza non voglio nè debbo pretermettere perchè in essa sta tutto il valore di cotesta osservazione, ed è che, avendo sottoposto il paziente alla cura radicale per mezzo dell' iniezione iodica, s' ottenne la compiuta guarigione senz' inconvenienti o, per lo meno, con incomodi non maggiori di quelli che incontransi per solito dopo la cura per iniezione d' idroceli piuttosto voluminose. Nell' atto dell' operazione ho presa la precauzione di fare comprimere l' orifizio esterno del canal inguinale.

Idrocele cistica della vaginale con il testicolo nella faccia anteriore della medesima.

Nell' idrocele della vaginale il testicolo sta ordinariamente nella parte posterior ed inferiore dello scroto. Può però accadere che per anomalia d'organizzazione sia esso collocato nella parte esterna od interna od anteriore. Raramente lo vidi nel lato interno od esterno, ma non tanto di rado nell' anteriore ed in questo caso, ossia che m' appigliassi alla cura palliativa od alla radicale, dovetti sempre pungere la vaginale nella sua faccia posteriore. Nè solamente per aberrazione primitiva dell' organismo ha luogo cotesta dislocazione del testicolo verso la parte anteriore, ma la vidi pure succedere per accidente, massimamente in due persone affette da antiche idroceli state già molte volte palliativamente curate con la puntura. In tutte e due alcune persone dell' arte in prima e poi io stesso avevamo molte volte estratte le acque pungendo la vaginale nella sua parte anteriore: in tutte e due si vedevano in questa parte dello scroto e non altrove le cicatrici superstiti a quella puntura: in tutte e due la naturale giacitura del testicolo era nella parte posterior ed inferiore; e poi ad ultimo dopo un lungo progredire di tempo e dopo replicatissime punture m' è toccato di veder in tutte e due il testicolo dislocato verso la parte anterior e l' acqua dell' idrocele raccolta nella parte posteriore ed inferiore della vaginale;

ondecchè dovetti estrarla non più dal lato anteriore, come nelle precedute punture, ma dal lato posteriore della vaginale. Probabilmente eransi dopo l' ultima puntura praticata nel lato anteriore resi per infiammazione accidentale coaderenti la parte anteriore della vaginale ed il testicolo. Effettivamente tutti e due quegl' ammalati avevano dopo l' ultima puntura praticata nella parte anteriore della vaginale sofferto per qualche tempo un disagio nella parte operata non prima provato. Se questo raro sì ma possibil evento fosse dal giovine Pratico ignorato, potrebb' egli essere tratto in un deplorabile inganno di cui potrà porgergli un saggio il seguente caso del quale per ragione di convenienza io non nomino nè il paziente nè il Curante. Fui, oramai 25 lunghi anni, chiamato a veder a consulto con un vecchio e buon Pratico un Signore d' anni 76 macilentissimo della persona e snervato di forze, già da trent' anni soggetto a pneumorraggie intercorrenti e ad un' idrocele destra piuttosto voluminosa. Mi si disse che già da 25 anni gli si praticava la cura palliativa per puntura una volta in dipresso per anno; che dopo l' ultima puntura praticata un mese prima nel bel mezzo delle moltiplicate cicatrici preesistenti nella faccia anteriore dello scroto, da cui però non altro era uscito fuorchè sangue, la vaginale s' era nel giorno stesso dell' operazione riempita enormemente; che indarno d' allora in poi s' erano praticati molti rimedii per ridurre la gonfiezza locale e che da due settimane circa l' ammalato si lagnava di trafitture nella parte. Vidi che si trattava d' ematocele e d' accordo con il Curante che era vecchio amico all' ammalato, si convenne di farne la puntura. Essendochè nel luogo della cicatrice il tumore s' offriva piuttosto duro, praticai quella puntura nel lato esterno del medesimo. Grande fu la copia del sangue

che n' uscì. S' usarono di poi la compressione e l' applicazione di vesciche piene di ghiaccio pesto su la parte operata, ma in vano. Si riprodusse in un giorno l' ematocele. Si continuaron ancora per otto giorni le applicazioni ghiacciate. Dopo i quali essendo paruto che il tumor avesse presa maggiore consistenza ovunque tranne nel suo lato esterno, s' è deciso di rinnovare quivi la puntura. Ne uscì nuovamente molto sangue, ma nelle 24 ore sussecutive l' ematocele si è rinnovata. Si prese allor il partito di spaccare la vaginale sempre dal suo lato esterno ed una volta che fu votata dall' entro contenutovi sangue e bene nettata, ci accorgemmo che il testicolo era degenerato e dovemmo incontanente levarlo via. A malgrado dell' innoltrata età, della snervatezza e della macilenza dell' operato, delle sofferte perdite di sangue, dei dolori durati, l' orchietomia fu coronata da esito felice. Dissecando frattanto la parte amputata riconoscemmo che il testicolo e la faccia interna della parete anteriore della vaginale erano ovunque, tranne per un piccolo tratto superiormente, tra se coaderenti per vincoli piuttosto tenaci, anzi troppo tenaci perchè si potesse razionalmente credere che avesser avuta la loro origine dall' ultima fallita puntura in poi; il che equivale a dire che la loro data era, second' ogni probabilità, dall' ultima utile puntura stata praticata nella faccia anteriore della vaginale, dopo la quale di fatto l' operato erasi per qualche tempo lagnato di dolori e d' uggia nello scroto non sofferti dopo le antecedenti punture. Riconoscemmo pure che il testicolo era ulcerato e scavato nel centro e che cotesta innaturale cavità era piena di sostanza icorosa frammista a reliquie del suo organismo infracidato. Riconoscemmo ad ultimo che la cicatrice ancora fresca dell' ultima puntura corrispondeva precisamente al cen-

tro di quel cavo. Fu allor evidente che nell' intervallo trascorso tra la penultima e l' ultima puntura il testicolo erasi dislocato e reso aderente alla parete anteriore della vaginale. Fu pur evidente che il vecchio Chirurgo altronde buon Pratico e prudente, avendo preso a guida dell' ultima puntura le preesistenti cicatrici, aveva dovuto spingere la lancetta nel centro del testicolo: da qui l' emotocele: da qui ancora l' infiammazione disorganizzatrice, favorita da ciò che, nell' ignoranza dell' avvenuto, l' operato non ebbe dopo l' ultima puntura que' riguardi che il suo stato imponevano minutissimi.

Coesistenza delle idroceli cistiche della vaginale e del cordone spermatico.

Ledran parla della coesistenza di tre idroceli cistiche cioè della cistica vaginale, della cistica del cordone spermatico e di quella in cui l' acqua è raccolta in un sacco erniario convertito in cisti: cotesto caso è per certo rarissimo. Ma non tanto rara è la coesistenza dell' idrocele cistica della vaginale e di quella del cordone spermatico. In quest' argomento quella grande mente di Scarpa ha dichiarati due principî non accettevoli fuorchè condizionalmente. In quella combinazione d' idroceli, diss' egli in primo luogo, le due cisti son addossate in modo che la parte posteriore appartiene a quella del cordone e l' anteriore a quella della vaginale. Per solito la bisogna così cammina, ma non sempre: prova ne siano i casi non infrequenti già sopra rammentati in cui il testicolo si trova per anomalia d' organismo nella parte anteriore della vaginale. Se in quella condizione di cose occorrono le due idroceli cistiche chi non vede che succede precisamente l' opposto di quanto asserisce lo Scarpa cioè che la cisti del cordone si trovi in un piano anteriore a quello della vaginale? In questa stessa combinazione, disse in secondo luogo Scarpa, le due idroceli cistiche non comunicano fra se. Se

non v' ha per certo una comunicazione anatomica, non si può negare la possibilità d'una comunicazione morbosa. Molti Pratici questa ebber ad osservar ed io stesso la ho incontrata in un modo non dubbioso, come risulterà dal seguente caso. Ad un autorevole personaggio di questa Capitale si manifestò, ormai quindici anni, un' idrocele cistica del cordone spermatico sinistro. Per la grande somiglianza che questo male ha nella sua origine ad un testicolo naturale fu avviso ad un vecchio Chirurgo di molta rinomanza che fosse comparso un terzo testicolo. Essendo paruto all'ammalato che correva il sessantesimo quinto anno la cosa strana che la natura avesse voluto fargli a quell' età regalo d'un terzo testicolo, chiamò il mio parere e riconobbi l' esistenza d' un' idrocele cistica del cordone spermatico, di cui l' evoluzione fu di poi lentissima, anzi tanto lenta che, manifestatasi alcuni mesi appresso l' idrocele cistica della vaginale dello stesso lato, percorse questa le sue fasi e mosse il bisogno d' estrarne l' acqua contenuta prima che quella del cordone avesse presa una sufficiente evoluzione per giustificare la puntura palliativa. In appresso poi pel corso d' alcuni anni le due idroceli si riempivano in pari tempo; di modo che dovetti per due volte, presente il Dottore Canonico con cui vedeva l' ammalato, praticar una puntura per ciascheduna idrocele perchè non erano fra se comunicanti. Frattanto cotesta comunicazione avendo con il seguito avuto luogo, accadde che nella terza puntura palliativa e poi nelle successive l'acqua d' ambo le idroceli siasi sempre del tutto evacuata pungendo la sola cisti formata dalla vaginale.

Varici della vaginale.

Io sapeva dalla Medica Letteratura che i vasi venosi della vaginale affetta da idrocele diventavan alle volte varicosi. Dirò di più che aveva già in alcuni rari casi osservati cotesti vasi varicosi: ma confesso ch' io era

lontano dal credere che fossero capaci d' assumere quel grande volume che assunsero nel seguente caso. Nel mese di settembre dell' anno 1824 fu accettato nello Spedale di S. Giovanni un tale Domenico Vogliotti, fabbro-ferraio, d' anni 52, dotato di temperamento sanguigno atletico e di costituzione energica. Era costui da due anni tocco d' idrocele cistica della vaginale destra, piuttosto voluminosa alla quale non aveva egli badato mai, sempre usando ed abusando delle sue forze ed anche di cibi e di bevande calorosi a cui era di sua natura troppo propenso. In seguito ad una caduta su lo scroto rilevò una doppia ematocele esterna ed interna cioè per infiltrazione nel tessuto celluloso scrotale e per raccolta nella vaginale contenente già acqua. Gli si consigliò il riposo, una congrua regola di vitto, s' applicarono per due mesi cataplasmi ora mollitivi or astringenti su lo scroto, e ciò con cessazione dell' ematocele esterna e con successivo, graduato, ma cospicuo incremento dell' interna. E fu appunto dopo tornati vani questi tentativi che fu egli accettato nello Spedale dov' io, aperto largamente lo scroto, estratto molto sangue in maggiore parte aggrumato e nettata bene la faccia interna della cisti, m' accorsi che era questa ancora coperta da una spessa e resistente pseudomembrana fibrino-cruorosa. Con un poco di pazienza e di diligenza veniva a capo di distaccarla onninamente ed allora fu che così io come gli astanti vedemmo cosa non prima veduta cioè la faccia posteriore della vaginale tutta gremita di varici flessuose a modo d' altrettanti laghetti venosi coperti d' una sottile pellicella che lasciava con facilità trasparire il sottostante sangue, e grossi quanto voluminose emorroidi esterne. Cercato e bene con i diti investigato il cordone spermatico ho potuto sincerarmi che quelle varici non avevano con il

medesimo attinenza di sorta. L' operato guarì perfettamente nel termine di trentasette giorni.

Stato del testicolo nell' idrocele cistica della vaginale.

È avviso a molti Pratici, specialmente a Velpeau, che quando nell' idrocele della vaginale il testicolo è ingrossato sia ciò indizio che il medesimo sia stato il punto di partenza dell' idrocele, giacchè nel loro concetto l' idrocele primitiva, illeso il testicolo, rende questo appassito, appianato, rugoso ed in sin atrofico ma non mai ipertrofico. Ammetto che per solito così succeda la faccenda, ma da alcuni anni m' è paruto che cotesto principio abbia anch' esso le sue eccettuazioni. Ebbi ad operare per cura palliativa due ammalati uno nella pratica particolare e l' altro nella Clinica, i quali erano tutti e due affetti da idrocele idiopatica della vaginale: in tutti e due era dopo la prima puntura illeso il testicolo: eppur in tutti e due ebbi a riconoscere dopo le ultime punture che il testicolo, oltre all' essere divenuto doloroso, si presentava assai più voluminoso di prima. Può essere che tra una puntura e l' altra per cause indipendenti dall' idrocele siasi il testicolo ammalato. Ma perchè non potrà talor essere ugualmente che, anche non tenendo conto dell' irritante pressione delle acque, l' irritazione o la flogosi cupa che è per lo più a base dell' idrocele idiopatica si diffonda al testicolo e l' ingrossi? Se la flogosi del testicolo propagandosi alla vaginale può in essa generare, oltre all' idrocele, ben altri guai, perchè il contrario non può talora succedere? Conchiudo dunque che l' idrocele cistica primitiva della vaginale per solito tende ad atrofizzare il testicolo, ma che alle volte per eccettuazione è pure capace d' ipertrofizzarlo.

Chiusura della vaginale dopo le iniez'oni.

Siccome dopo una grave orchitide acuta si chiude alle volte la vaginale, il che vidi nel cadavere d' uno che n' era stato affetto dieci anni prima, mentr' in

altri casi essa non si chiude, serve fors' anche con il tempo d' istradamento all' evoluzione dell' idrocele, com' ebbi appunto a vedere in tre persone le quali furono tutte e tre affette da idrocele cistica della vaginale chi sei, chi nove e chi dodici anni dopo sofferta una gravissima orchitide del testicolo corrispondente al lato dello scroto in cui più tardi comparve l' idrocele; così parimente, se dopo l' iniezione della vaginale con lo scopo di curare radicalmente l' idrocele, quasi sempre la sua cavità rimane cancellata, incontra pur alle volte che non si smarrisca tuttochè cessi l' idrocele. Douglass il primo sospettò questa maniera di guarigione la quale fu poi con l' appoggio di fatti anatomopatologici confermata da Green, da Velpeau e da Ansiaux che vide l' idrocele ritornata trent' anni dopo la cura radicale per mezzo dell' iniezione. Un Signore stato operato in Genova nell' anno 1827 dall' idrocele cistica della vaginale per iniezione offerse a me pure nell' anno 1840 riprodotta l' idrocele dallo stesso lato e ciò dopo undici anni di guarigione apparentemente compiuta. Qui però la ragione scientifica poteva precorrere la ragione anatomopatologica. Per mala ventura non frequenti sono le guarigioni delle idropisie d' altre cavità serose, idrocefalo, idropericardia, idrotorace, ascite, ma pure qualche volta hanno luogo. Chi oserebbe dire che rimangano allora sempre chiuse quelle cavità? E poi chi non ha moltissime volte vedute svanire le idropisie delle articolazioni, illesa la cavità della loro membrana sinoviale? Si debbe dunque conchiudere che quasi sempre dopo l' iniezione la vaginale si chiude ma che in alcuni casi la virtù medicamentosa dell' iniezione corregge la sua condizione patologica producitrice dell' idrocele senza cancellarla. A proposito dell' iniezione ho osservato che molto più sicura è la guarigione dell' idro-

cele se dopo la medesima il testicolo compartecipe della flogosi della vaginale prende una grand' evoluzione, giacchè allora le opposte pareti della vaginale sono dal medesimo spinte e mantenute per qualche tempo ad un mutuo contatto che, se non cancella del tutto, scema assai fino dal primo giorno dell' iniezione la cavità della vaginale, e questo mutuo e prolungato contatto meglio favorisce la loro coaderenza, che non quando dopo l' iniezione il testicolo, prendendo poca parte alla flogosi della vaginale, aumenta poc' in volume e la cavità della medesima vaginale rimane tutta riempita da abbondante materiale sero-fibrinoso. Sebben in quest' ultimo evento s' ottenga per lo più la guarigione radicale, pure, stando alla mia osservazione, posso dire che non vidi mai l' idrocele riprodotta dopo la prima fattispecie o che, la quale cosa equivale, se vidi qualche rara volta riprodotta l' idrocele dopo l' operazione, ciò fu sempre in casi attinenti alla seconda fattispecie. Mi corre però l' obbligo di dire nel tempo stesso che, se più sicura è la cura radicale quando succede intensa orchitide, è dessa per altra parte più lunga per ciò che più tenace è la flogosi del testicolo e dell' epididimo che non quella della vaginale. Tanta fu in alcuni casi quella tenacità che fui alle volte costretto ricorrere più tardi a replicate applicazioni di sanguisughe e ad altri congeneri mezzi per ridurla affatto; il che non m' è occorso mai allorquando l' iniezione aveva provocata leggiera orchitide.

Recisione d'una porzione della vaginale.

Checchè si giudichi del valore comparativo dell' iniezione e dell' incisione, il che non è oggetto del mio dire; il fatto è che questa debbe anteporsi quando il liquido contenuto nella vaginale è della consistenza della crema o del cioccolato, oppure quando la cisti è spessa e dura, vieppiù se pietrosa, osteo-calcarea o

cretacea, come videro Mott, Velpeau, Astley, Cooper; anzi, presente cotesto cangiamento della cisti, è consigliata la giunta della recisione d' una porzione della medesima all' incisione. Nulla poss' io dire del suo valore nei casi per buona sorte rarissimi di degenerazione pietrosa, osteo-calcarea o cretacea della cisti per me fin qui non veduta. Ad imitazione de' migliori Classici la ho però più volte adoperata ne' casi di soverchia durezza e spessezza della medesima. Ma da dieci anni più non v' ebbi ricorso ed ebbi ad accorgermi come, per la sola durezza o spessezza della cisti che in ultima analisi costituiscono la massima parte de' casi i quali ne richiedono l' applicazione, sia possibile di passarsi della recisione; e non parrà un piccolo vantaggio cotesto a chi sa come quest' operazione sia sempre dolorosa e sovente grave. Il caso che mi fece accorto della sua inutilità è il seguente.

Ginseppe Gast. : anni 42 : temperamento linfatico-bilioso : costituzione piuttosto buona : stato affetto all' età di sette anni dalla tigna a cui si riparò con rimedii locali ed in seguito dai pedignoni lunghi ed ulcerativi sin ai 14 anni. Cominciò su i 15 anni ad essere molestato da idrocele cistica della vaginale destra all' origine della quale ebbe forse una grande parte l' onanismo. Nell' anno 1821 cioè dopo sei anni dall' origine dell' idrocele essendo questa cresciuta quasi al volume del capo d' un feto, ne ho io fatta la puntura palliativa. Essendosi qualche tempo dopo rinnovata l' idrocele fu egli da un' altra persona dell' arte sottoposto alla cura per iniezione, ma la vaginale non ne rimase del tutto cancellata per guisa che avanzò un cotale poco di gonfiezza associata a dolori leggieri e rari, la quale senza dare grave incomodo all' ammalato e vietargli i suoi lavori, lo faceva però avvertito che non era del tutto guarito. In

questo stato la durò egli per diciannove anni e finalmente, sorpreso nel mese di luglio dell' anno 1840 da palpitazione di cuore, ricorrenti lipotimie, svolazzi calorosi e sanguigni al capo, disappetenza, difficoltà di digestione e credendo cotesti patimenti dipendenti dall' antica località dello scroto, chiese ed ottenne di nuovo l' accettazione nella Clinica operativa ai 4 d' ottobre del citato anno. Visto dal complesso di que' fenomeni e dal frizzo e stimolo del polso che esprimevan essi una condizione irritativa del centro della circolazione, coesistente per caso ma non dipendente dall' affezione scrotale, s' ebbe ricorso a due salassi, all' infusione di digitale, al riposo, alla dieta ed in quindici giorni si venne a capo di cotest' epifenomeno. Dall' esame quindi della località riconoscemmo nella parte destra dello scroto un tumore quasi rotondo, del volume d' un grosso pomo, piuttosto pesante, non ondeggiante, non trasparente, dotato d' un tal quale grado d' elasticità per cui compresso s' avvallava per ritornare subito alla forma primitiva. Riconoscemmo pure nella sua parte posterior ed inferiore il testicolo alquanto ipertrofico. Escludendo ciò l' idea d' una degenerazione scirrosa, fungosa od encefaloidea di cotest' organo e facendo presupporre quella d' idrocele o d' ematocele, io volli compiere la diagnosi perforando il tumore con il trocarre. Ma con sorpresa di me e di tutta la Scuola avvenne che, sebbene io lo spingessi con tutta forza, non sia potuto venir a capo di perforare la cisti e sia stato costretto ricorrer ad una tenta solcata acuminata la quale spinta pur essa con molta forza e succhiellando penetrò in fine nella vaginale che ho allora alquanto laboriosamente con un forte scalpello potuto incidere nella sua parte anteriore. La spessezza dei margini dell' incisione era di sei linee circa. Allargati

allora cotesti margini con uncini ottusi, il che esigeva altresì qualche forza, si rinvenne la cavità della vaginale piena di grumi sanguigni di cui alcuni innestati nella faccia interna della medesima per distinti pedicciuoli frammisti con sangue della consistenza della pece e del colore di cioccolato. Era evidente che l' idrocele primitiva era stata sostituita da ematocele. Si levarono via tutti questi materiali liquidi e solidati e si levarono raschiando con qualche ruvidezza la parete interna della vaginale con l' intendimento di destarvi infiammazione e senza il timore che, vista la sua spessezza formata da densi strati fibrinosi concreti, organizzati e con la medesima identificati, si diffondesse quella alle vicine parti. Se nel fare que' maneggiamenti gl' uncini ottusi per poco lasciavano la presa, succedeva che i margini della cisti urtandosi a vicenda provocassero un distinto suono cupo come se fossero stati formati di gomma elastica. Riempita quindi la vaginale con filaccica, vedemmo nei giorni successivi sorger un' infiammazione moderata, poi la suppurazione, poi il ricrescimento di buone carni, poi l' assottigliamento graduato della cisti, poi la cicatrice ed in fin il ritorno della parte destra dello scroto quasi al volume di prima, e ciò nello spazio di due mesi e mezzo e nient' altro adoperando fuorchè il riposo, la buona regola di vitto, la continuazione dell' infusione di digitale, cataplasmi mollitivi ed alcuni toccamenti con il nitrato d' argento o per ravvivare i tratti di vaginale lenti ad incarnarsi o per rintuzzare alcuni troppo rigogliosi ricrescimenti di carne. D' allor in poi, come già accennai, ho abbandonato l' idea della recisione parziale della vaginale in tali o somiglianti casi e qui soggiungo che non ebbi mai occasione d' esserne pentito. Se dopo l' iniezione della vaginale per iscopo di guarire radicalmente l' idrocele

non sempre succede che s' ottenga l' intento non fa ciò maraviglia e dipende da che l' arte ha in quella maniera di cura un' azione mediata cioè per l' intermezzo d' un liquido stimolante di cui l' effetto trasmoda ora nel soverchio ora nel poco, secondo la sua quantità, la sensibilità dell' ammalato ed altre circostanze. Ma il ritorno dell' idrocele dopo l' incisione di cui s' han alcuni esempi ed in cui l' arte ha un' azione diretta su il male senza l' intermezzo d' un agente del quale non può sempre prevedere o dominare gl' effetti, accusa, stava quasi per dire, o l' inesperienza del Pratico o l' indocilità dell' operato. Imperciocchè se la vaginale è second' i veri dettami dell' arte spaccata in modo che nissuna parte del suo interno si sottragga all' occhio ed al tatto del Pratico, ed all' azione de' medicamenti; se le medicazioni son acconciamente eseguite sì che non mai si permetta il combaciamento delle opposte pareti d' alcuno de' meandri della vaginale ove prima non siasi verificata l' esistenza di buoni e sufficienti bottoncini carnosi idonei a riempirlo; se l' operato per soverchia delicatura o per ostinatezza non s' oppone alla pratica di queste minute particolarità; è cosa impossibile che il cavo morboso non si richiuda del tutto e non sia ogni via preclusa al ritorno del male primitivo (Le notizie della testè addotta fattispecie furono registrate dal Dottore Giuseppe Gramari, già distinto Chirurgo Maggiore in 2.º).

Condotta del Pratico ne' casi d' idrocele con ingrossamento del testicolo o dell' epididimo.

È oggigiorno cosa provata che l' iniezione è uno de' migliori dissolventi degl' ingrossamenti del testicolo e dell' epididimo concomitanti l' idrocele; ch' è pur util anche quando l' ingrossamento è irregolare, bozzuto, stalattitico; che ne' casi di dubbio se sia o no in via d' insanabile degenerazione hassi nell' iniezione uno de' migliori mezzi d' esplorazione, per ciò che nel caso affermativo risolve e nel negativo mette in

evidenza la degenerazione non altrimente sanabile fuorchè con l' orchiectomia. Con tutto ciò il Pratico che è memore del trist' evento toccato all' ammalato a cui Lallemand conficcò il trocarre in un testicolo preso da degenerazione cerebriforme da esso lui scambiata con un' idrocele; che sa come l' iniezione operi pure su il testicolo, se non con uguale intensità, nel modo stesso però della puntura cioè infiammandolo e spingendo perciò la malattia di rea natura da cui è compreso al suo secondo periodo od al periodo d' ammollimento; che non ignora neppure la minore probabilità di buon successo dell' orchiectomia dopo il passaggio del male dal primo periodo al secondo di rammollimento ed anche durante cotesto passaggio per la diffusione della concitazione locale a parti più o meno lontane, alle volte a tutta l' economia: cotesto Pratico non abbraccierà per certo con leggerezza l' opinione di Velpeau il quale praticò iniezioni di tintura di iodio nella vaginale anche quando certa era la degenerazione sirro-cancerosa od encefaloidea del testicolo, ma attenendosi alla prudente riservatezza di Boyer farà grande caso dell' iniezione nell' idrocele con induramento del testicolo e la escluderà poi ogni volta che non più dubbia ma certa sarà ai suoi occhi la sua degenerazione scirrosa o cerebriforme coesistente con l' idrocele.

Moltissime volte ebbi a veder idroceli della vaginale complicate ad ingrossamento del testicolo vinte con la sola iniezione. Sarebbe soverchia prolissità la mia se volessi citare tutti i casi in cui sono stato spettatore di così fausti eventi. Ma non so però resister al destro di citarne uno che per la felicità dell' esito superò di lunghissima mano la mia previsione e che tien il primo luogo fra i fatti di cui è discorso. Confido che l' azione dell' iniezione in cotesto

caso che sto per descrivere e che si può dire gravissimo di tutti nella sua specie avrà nell' animo degli Allievi e de' giovini Dottori che l' hanno osservato inspirata grande fiducia nella potenza di questo mezzo in casi congeneri.

Pietro M. P. da Leynì : calzolaio : anni 31 : temperamento misto epato-sanguigno-linfatico ; costituzione buona : sano fin all' età d' anni 29 : a quest' età ulcere sifilitiche e due bubboni inguinali, svaniti senza cura specifica. Dopo trascorso un' anno tra bene e male fu egli colto da ottalmitide ed, al cessare di questa con mezzi omeopatici, da gonfiezza del testicolo sinistro. Scomparve questa gonfiezza con una cura mercuriale, ma tosto dopo gli s' intumidì il testicolo destro, però non provocando questo alcun inincomodo l' ammalato poco vi badò e, se in questa negligenza il testicolo destro rientrò poco per poco ne' suoi limiti ordinarii, in quella vece la sorda infiammazione del sinistro prese nuovo incremento e riescì ad alcuni de' suoi soliti esiti. Il paziente ebbe allora ricorso alla Clinica cioè ai 2 di ottobre 1850 un anno dopo l' origine del male, essendo la parte sinistra dello scroto alzata in una grande gonfiezza compresa da dolori sordi continui, alle volte lancinanti con permanente senso di peso, nella quale si potè distinguere, a traverso d'una quantità proporzionalmente piccola di siero raccolto nella vaginale, il testicolo grande quanto il pugno dell' ammalato e l' epididimo duro, disuguale e maggiore esso solo d'un testicolo sano molto sviluppato. Essendomi paruta favorevole l' occasione di riconoscere quale potesse esser anche in quest' estremo caso d' induramento la potenza dell' iniezione con la tintura d' iodio, io ho questa praticata nel solito modo lasciando, come per solito lasciava, il liquido iniettato nella vaginale. Nel secondo giorno

dall' operazione la riazione generale e locale fu piuttosto intensa, ma le si lasciò senz' alcun' opposizione tutta la forza che era necessaria a mollificar ed a ricondurre ne' limiti fisiologici quell' organica tessitura che s' era dai medesimi cotanto dilungata. Sei giorni dopo con l' uso di cataplasmi mollitivi cominciò l' acuta infiammazione a decrescer ed il testicolo con l'epididimo a molleggiar ed a dimiminuire di volume. Continuò il miglioramento progressivo per quindici giorni e poi rallentò alquanto. Allora, premesse nell' intervallo di tre giorni due applicazioni di sanguisughe su il corso del cordone spermatico ed al perineo, s' ebbe ricorso ai cataplasmi di linseme nella decozione de' fiori di camomilla e mellilolo e più tardi al cerotto di Vigo, e con ciò s' ottenne la risoluzione di quella grande ed informe mole organica e l' ammalato fu in grado d' uscire dalla Clinica circa la metà del mese di novembre di dett' anno (Le circostanze di questa fattispecie sono state notate da un distinto Allievo della Scuola il Signore Vago).

Idrocele congenita

Se nell' idrocele congenita il testicolo e la morbosa raccolta serosa hanno per lo più le stesse relazioni nello scroto che nell' accidentale, incontra però alle volte che si manifesti sola l' idrocele al disotto del testicolo ancora ritenuto dentro il canal inguinale o contro il suo orifizio esterno. In prova del che addurrò i seguenti casi.

Caso I. Ai 4 d' agosto dell' anno 1841 si presentò alla Clinica un tale Giuseppe Novara di Frere, di anni 16 e di buona costituzione, in cui non s' incontravano tracce del testicolo destro nè nel canale inguinale nè nello scroto, mentr' il testicolo sinistro era ancora rinchiuso nel canal inguinale in vicinanza del suo orifizio esterno che con la pressione praticata dall' alto al basso poteva però oltrepassare d' alcune

linee, ritirandosi, non appena tolta la pressione, nello stesso canale cioè nella sua sede primitiva. Frattanto la vaginale distesa da acqua riempiva la parte sinistra dello scroto di dove poteva però con una blanda pressione essere ricacciata nell' addomine. Distinti n' erano i segni caratteristici cioè l' ondeggiamento e la trasparenza e l' idrocele che erasi manifestata solamente due anni prima svaniva con il riposo e nella positura orizzontale. Da due anni eransi pure nel Novara manifestati gl' indizii di pubertà con ricorrenti dolori lunghesso il canal inguinale sinistro. È cosa evidente che la turgenza dei testicoli per la sopraggiunta pubertà rendendo disagiata la stanza del testicolo sinistro nel canal inguinale, era causa di que' dolori ed è probabile che l' irritazione del testicolo diffusa alla vaginale sia stata la causa della raccolta acquosa la quale ha spinta la medesima vaginale nello scroto. La causa del non esser il testicolo disceso nello scroto era secondo ogni presunzione la brevità del cordone spermatico. Non potevan esser aderenze nè il suo soverchio volume, poichè con la pressione su il canal inguinale poteva esso abbassarsi fin al di qua del suo orifizio esterno. Si fece per ragione di cura entrare l' acqua della vaginale nel ventre e poi s' applicò su il corso del canal inguinale la pallottola d' un bendaggio erniario così conformata che, mentre conteneva nel ventre l' acqua dell' idrocele, spingeva e manteneva fuori dell' orifizio esterno del canal inguinale il testicolo sinistro (Le circostanze relative a questo caso sono state notate dal Dottore Minotti).

Caso II. Bendetto Gendre : anni 8 : temperamento sanguigno : costituzione ottima : bene disposto della persona : nato da parenti sani : il testicolo destro più piccolo del sinistro ed uscito soltanto su i quattr' anni dal canal inguinale , in vece di discendere

nell' ima parte dello scroto, rimase come sospeso nella sua parte superiore in distanza non maggiore di quattro linee dall' orifizio esterno del detto canal inguinale e fu nella sua uscita accompagnato da un tumoretto fluttuante, stazionario e così indolente che passò inosservato per tre anni e mezzo. Finalmente otto mesi prima dell' accettazione dell' ammalato nella Clinica ch' ebbe luogo ai 2 del mese di dicembre dell' anno 1838 quel tumore prese, senza manifesta causa, un corso più celere ed ingrossò a tale che impediva l' incesso. Quest' era lo stato della località al suo ingresso nella Clinica: tumore occupante l' inguine destro, poco mobile, elastico, del colore della pelle, leggiermente ondeggiante, indolente anche ad una più che mediocre pressione: non cresceva nè diminuiva quale fosse la positura del paziente: non cresceva neppure negli sforzi di tosse, nelle lunghe inspirazioni e nel premere l' addomine: voluminoso quant' una grossa pera di cui aveva anche la forma con la base rivolta superiormente ed all' esterno verso la spina iliaca anterior inferiore e con l' apice applicato all' orifizio esterno del canal inguinale il quale era piuttosto ristretto: opaco nel suo lato interno ed anteriore e trasparente nelle altre sue parti: la sottoposta parte dello scroto in istato di sanità. Se la direzione trasversale del tumore era piuttosto insolita, se neppure frequente era la sua forma, rimaneva però bene provato ch' esso consisteva in un' idrocele congenita della vaginale. Ci parve che la brevità del cordone spermatico fosse stata la causa dell' incompiuta discesa del testicolo e che da ciò fosse derivata la deviazione della vaginale. L' ipertrofia congenita del testicolo e la sua soffermata nel canal inguinale o l' incompiuta sua discesa nello scroto sono grandi calamità per l' uomo, giacchè fra quelli che

in una lunga pratica ho dovuto sottopor all' orchiectomia molti ne vidi di cui il testicolo era di natura ipertrofico, siccom' ebbi frequenti occasioni di vedere ammalati soggetti a ricorrenti coliche, ad idroceli della vaginale, ad ernie di difficile cura, soprattutto se strozzate, per cagione della soffermata del testicolo nel canal inguinale o della sua incompiuta discesa nello scroto. Ritornando al nostro proposito dirò che si prese la risoluzione d' operare l' idrocele di cui si tratta con l' iniezione, ma vincendo in me il timore che la vaginale foss' ancora, se non comunicante, in istretta connessione con il peritoneo, volli in questo caso attuar un' idea già maturata nel mio capo, ciò è di servirmi per iniezione, non già della solita tintura d' iodio, ma di sola acqua fredda. La progettata idea fu attuata ai 14 del detto mese di dicembre. La puntura fu eseguita verso il lato esterno ed inferiore del tumore. La riazione traumatica sì locale e sì generale fu anzi intensa che no. Però con la dieta rigorosa, con bevute rinfrescanti e con applicazioni spesso rinnovate su lo scroto di pannilini spalmati d' unguento refrigerante, molto cominciò essa a diminuire fino dal terzo giorno dell' operazione e poi, con la sostituzione dei cataplasmi mollitivi all' unguento refrigerante, si spense del tutto; così che ne' primi giorni del mese di gennaio l' operato fu in grado di rimpatriare bene risanato dall' idrocele, ma rimanendo tuttora il testicolo nella sua sede innaturale (Cotesta storia di cui tengo presso di me l' originale non è stata firmata dall' Allievo che la ha compilata nell' anno accademico-Clinico 1838-39).

Se per solito la porzione di vaginale contenuta nel canal inguinale si restringe, si chiude e poi si smarrisce a buonissim' ora dopo che il testicolo è disceso nello scroto, la cosa non procede più in questo modo

allorchè è essa percorsa da una viscera erniosa o da acqua che tennero dietro alla discesa del testicolo: si vede anche qui in abbozzo l' azione della legge a cui ubbidiscono tutti i condotti naturali i quali si restringono e si chiudono quando sono sviati i materiali a cui servono di conduttori. È però cosa osservata che il passaggio d' una viscera erniosa mantiene molto più dilatata quella porzione di vaginale che non l' acqua dell' idrocele congenita; perciocchè tutti i Pratici concordano nel dire che con il tempo l' idrocele congenita della vaginale suole diventare cistica per la chiusura della porzione *entringuinale* della stessa vaginale. Ho io pure per lungo tempo difesa quell' opinione, ma alcuni fatti che da dieci anni mi toccò osservare m' hanno indotto a credere che in non poche idroceli congenite della vaginale in cui si crede smarrita la via di comunicazione con il peritoneo, sia questa soltanto molto ristretta e nulla più. Di fatto già quattro volte m' è succeduto osservare giovinetti tra i sei ed i dieci anni, tocchi d' idrocele congenita della vaginale la quale sembrava essersi convertita in cistica perchè offriva un tumore consistente che non iscemava con la positura orizzontale, nè con la pressione passeggiera, nei quali però avendo con molta dolcezza e con molta pazienza prolungata la pressione per otto, dieci, dodici minuti ed anche di più venni a capo in presenza della Scuola di fare rientrare goccia per goccia l' acqua della vaginale nel cavo del peritoneo a traverso dell' angustissimo sì, ma tuttora esistente condotto formato dalla porzione della vaginale contenuta nel canal inguinale ed, applicato di poi un bendaggio erniario con la giunta d' un sospensorio, vidi guarita l' idrocele senz' ulteriori soccorsi. Ogni volta che da questi fatti in poi io ricordava il caso testè descritto del Benedetto Gendre m' è sempre corso spon-

taneo all' animo il sospetto che in esso lui la vaginale foss' ancora tant' o quanto comunicante con il peritoneo e che forse con una prolungata pressione avrei potuto fare rientrare l' acqua dell' idrocele nel peritoneo e risparmiare l' operazione. Comunque da questi fatti ho imparato a non affrettare l' operazione dell' idrocele congenita della vaginale anche quando si continua dopo il quarto, sesto ed insino decimo anno dalla nascita ed a sperarne alle volte la guarigione con mezzi ben altrimente blandi.



RIFLESSIONI

Sopra alcuni argomenti relativi alle ernie strozzate.

Fra le numerosissime osservazioni d'ernie strozzate, specialmente crurali ed inguinali, che nel mio lunghissimo esercizio pratico in un grande Spedale m'è toccato veder e curare, sonvene non poche le quali potrebbero riscuotere l'attenzione dei Cultori dell'Arte. Forse verrà tempo che potrò produrle ordinatamente distribuite. Per ora sto contento a dire passando d'alcuni argomenti tuttora disputabili su quest' importante materia.

Tassi incruenta.

Creduta dagl' uni pericolosa, da altri utile, la *Tassi* incruenta delle ernie strozzate cammina da secoli tra vicende di lode e di biasimo, non mai però dimenticata in grazia del valore inerente alla sua natura. L' opportunità, l' inopportunità, il modo d' eseguirla e la diversa natura e condizione delle ernie nelle quali s' attua furono forse la precipua causa per cui nel giudicarla s'è sempre trasmodato nel soverchio o nel poco. Ciò stando, pare che la quistione che ha da dominare e da precedere tutte le altre sia quella di sapere quali son i casi che la respingono e quali quelli che la richiedono. Ora, l' osservazione di molti Pratici ed i moltiplicatissimi fatti che in più lustri

occorsero nella Clinica sotto gl' occhi della Scuola sembrano dimostrare:

1.° Che la respingono le ernie strozzate già comprese da infiammazione vivace della parte strozzata e delle viscere addominali con quella continue, massimamente del peritoneo e degl' intestini con intensa diffusione irritativa o flogistica al centro del sistema irrigatore rosso; vieppiù la respingono in questi casi se, per la diuturnità e per l' intensità dello strangolamento e per altri fenomeni che non è qui il luogo d'accennare, si ha la presunzione o la certezza che quella flogosi abbia già fatto il passo ad alcuni de' suoi esiti e se l' infiammazione, anzichè movere dalla parte verso l' interno, s' è diffusa da questo verso quella. S' è detto, e sono stati allegati fatti in prova, che alle volte l' ernia, tuttochè compresa da violenta infiammazione già riescita ai suoi esiti, non duole e non la manifesta a cagione della violenza dello strozzamento che la priva d' innervazione, pressappoco come succede ad un dito strettamente allacciato che può senza dolore essere punzecchiato dentro i limiti dell' allacciatura. Vidi anch' io di questi fatti, ma pochi e credo che covi in essi un' illusione; perciocchè, s' è vero che allora la porzione d' ernia contenuta ne' limiti dello strozzamento realmente non rappresenti l' infiammazione da cui è compresa pel dolore e per altri ben noti fenomeni, non è altrimente vero che non la rappresentino e quella sua parte che è ristretta dal duro e doloroso cercine strozzante e quei suoi sementi altresì che son immediatamente contermini al margine posteriore di quel cercine. Ben è vero che alle volte la manifestazione dell' infiammazione è più apparente che reale e che uno o due salassi e l'uso locale delle sostanze ghiacciate e torpenti calmandola cancellano l' idea che s' aveva a prima giunta della

sua intensità e dell' impossibilità di ridurre l' ernia altrimente che con il taglio e fanno sorgere la speranza di poterla presto ridurre con la tassi incruenta, ma questi rari casi son un' eccettuazione che non punto distrugge il principio che qui si propugna.

2.º Che in generale la respingono le ernie di cui lo strozzamento è formato dal collo del sacco o dall' orifizio interno del canal inguinale o dalle viscere fra se o da una morbosa comunicazione del sacco erniario con la vaginale del testicolo e simili, rivelato nella sua sede dalle circostanze anamnestiche, dalla possibilità d' introdurre l' apice del dito tra la viscera strangolata e l' arco crurale o l' orifizio esterno del canale inguinale e dall' esser il cercine duro e doloroso strozzante in corrispondenza dell' orifizio interno del canal inguinale od in fuori di questo e dell' arco crurale a maggior o minore distanza da coteste due aperture. Imperciocchè in tutti questi casi il cingolo strozzante non essendo fisso, si move con l' ernia nell' atto della pressione di cui perciò l' azione rimane per solito irrita. Si può dunque conchiudere dietro la scorta della ragione e del fatto che nelle fattispecie contemplate in questi due casi 1 e 2 la tassi incruenta è d' ordinario inutile, sovente dannosa e debbe perciò essere postergata alla cruenta.

3.º Che all' opposto richiedono la tassi incruenta coadiuvata da bagni generali, dall' applicazione del ghiaccio su la parte, da clisteri di varia natura, dall' introduzione dell' oppio nell' uretra e da tant' altri ben noti mezzi, le ernie strozzate in cui, o per la breve durata o per la poca intensità dello strozzamento o per altre cagioni, la concomitante irritazione ed infiammazione è poca nel tumore e pochissima o mancante nelle continue parti contenute nell' addomine e nel grande circolo; vieppiù se quest' infiammazione

ebbe la sua sede primitiva nell' ernia. Nè sono, e me lo ha provato il fatto, escluse da queste condizioni le ernie le quali prima dello strozzamento eran irreducibili per aderenze o per altre cagioni.

4.º Che richiedon particolarmente la tassi incruenta le ernie strozzate dall' orifizio esterno del canal inguinale o dall' arco crurale i quali essendo per natura fissi, la forza di pressione esercitata su il tumore, ove sia bene diretta secondo l' asse di quelle aperture, sovente riesce profittevole. Non per questo anche nelle due fattispecie dei casi 3 e 4 non dovrebbe indugiarsi la tassi cruenta ove, dopo riesciti vani alcuni tentativi di tassi incruenta, i noti fenomeni dello strozzamento prendesser incremento.

S' è sopra avanzato che molto conferisce pur al credito od al discredito della tassi incruenta il modo con cui si pratica. E per certo, anche presenti le pure ora dette favorevoli circostanze indicanti l' opportunità della tassi incruenta, questa tornerà di nissun pro se si praticherà in un modo passeggiero e disuguale: ma all' opposto diverso sarà l' andamento delle cose se la pressione ch' essa esige sarà paziente, uniforme e prolungata anche per lo spazio di mezz' ora, come appunto consigliava il Gimbernat il quale in grazia di ciò otteneva que' numerosi fortunati successi che tutti sanno. Per certo la tassi incruenta, tuttochè indicata, sarà ancora per l' ordinario inutile se si praticherà con animo di fare rientrare nel ventre bensì l' uno dopo l' altro ma intieri i semmenti della parte strozzata. Non è questo il modo da seguirsi e me lo ha molte volte dimostrato il fatto. Piuttosto il migliore modo consiste nel mirar innanzi tutto al doppio scopo di votare con la pressione i vasellini della parte strozzata spingendo nel circolo addominale gl' umori entrovi contenuti e, trattandosi d' ernie formate da viscere

membranose, come gl' intestini, di spingere nel tempo stesso quello che vi ha di liquido e di gazoso dentro l' ernia nelle rimanenti loro parti con le strozzate continue ma libere nella cavità del ventre. È per questo fine altrettanto inutil un movimento di *totalità* del tumor ernioso quant' è profittevol un movimento lene, graduato, vermicolare, ma paziente e protratto. S'intende subito come la somma totale di cotesti materiali al passaggio de' quali nel ventre non vi ha strozzamento per quanto sia stretto che possa opporsi, scemi la spessezza delle parti solide delle viscere erniose e ne renda il volume o proporzionato o meno sproporzionato alla via che hanno a percorrere per rientrare nella loro prima sede entro l' addomine. Quando il Pratico s' è accorto d' avere con una pressione a movimento lene e vermicolare ottenuto quel primo effetto debbe egli allora gettarsi alla pressione a movimento di semmenti solidi e poi di *totalità* e per solito ottiene l' intento della riduzione dell' ernia.

Farei le letanie se volessi citar il grande numero di casi provanti l' utilità di cotesta pratica di cui tengo presso di me le osservazioni state quasi tutte scritte dagl' Allievi della Clinica e di cui, amo ripeterlo, la Scuola è stata testimone pel corso di 25 anni. L' induzione tratta da ciò ch' io aveva molte volte osservato succedere nel parafimosi, quella fu che mi indusse, già gran tempo, ad abbracciare quella modificazione di tassi incruenta. Effettivamente, con franchezza affermo che nella mia lunghissima pratica dello Spedale in cui ebbi a curar una bella mano di parafimosi in tutti i periodi del male, non eccettuato quello dell' ulcerazione e della cancrena del cingolo strozzante, non ebbi mai ricorso all' incisione di cotesto cingolo ma in tutti i casi con la pressione paziente e diretta alla mira sopra accennata venni sempre a capo di sciorre lo strozzamento della ghianda.

Perchè la lesione dell'arteria epigastrica è rara nella chelotomia inguinale?

L' idea di ledere l' arteria epigastrica nella chelotomia inguinale ha in tutti i tempi preoccupato l'animo de' Pratici. Da qui nacquero i noti ed opposti precetti dati da molti de' medesimi d' incidere l' orifizio esterno od in dentro od in fuori od in alto ed esternamente o direttamente in alto o d' inciderlo con replicati piccoli tagli praticati in giro al suo semmento superiore, de' quali questi due ultimi son oggigiorno universalmente abbracciati. È vero che alcuni di quei precetti sorsero dall' idea generalmente riconosciuta falsa che fosse *a priori* possibile distinguere l' ernia inguinale esterna dall' interna, ma è vero altresì che consultando gl' *Annali dell' Arte* è facile lo scorgere com' in un numero innumerevole d' erniotomie inguinali statevi consegnate ed eseguite secondo le varie citate pratiche d' incisione che più o men in differenti tempi dominarono, rari rarissimi s' incontrin i casi di lesione dell' arteria epigastrica e com' anche ne' più di questi rari casi sia opinione de' più sentiti Pratici che fossero stati lesi, anzichè l' arteria epigastrica, alcuni suoi rami. Io eccettuo da cotesto calcolo i casi per buona ventura non frequenti d' anomalia dell' arteria epigastrica, giacchè in questi nè la perizia dell' Operatore nè la bontà de' precetti non valgono a prevenire la lesione di quell' arteria. Tutto ciò vuole dire che, se rara fu e sarà sempre la lesione dell' arteria epigastrica nell' erniotomia inguinale, non si debbe darne in genere merito ai precetti, tuttochè alcuni d' essi sian più razionali che non altri, ma alla naturale distanza che vi ha tra l' orifizio esterno del canal inguinale ed il tragetto dell' arteria epigastrica, considerata dal davanti all' in dietro ed in giro. Cotest' arteria, nota opportunamente Velpeau, è in giro tre linee distante dal circolo strozzante ed ordinariamente l' incisione diretta a sciorre la continuità di

questo cingolo non debb' avere tant' estensione, soprattutto se si ha ricorso a replicati piccoli tagli praticati in giro al semmento superiore del cingolo strozzante. Maggior ancor apparirà la sì fatta distanza dal davanti in dietro a chi per poco rifletta alla giacitura dei due piani in cui sono l' orifizio esterno del canal inguinale e l' arteria epigastrica ; distanza di cui la lunghezza media è nell' adulto di dieci linee, siccom' è facile convincersi negl' Anfiteatri Anatomici con in mano il compasso. Violerebbe per certo ogni precetto dell' Arte chi pel fine d' incidere quell' orifizio spingesse il gammautte sin al piano più profondo in cui scorre l' arteria epigastrica. Que' due piani sono però molto più vicini l' uno all' altro ne' ragazzi in cui il canal inguinale non ha ancora tutta la sua evoluzione, soprattutto in lunghezza ed in quelli che son affetti da ernia antica e voluminosa la quale, pel suo peso e per le sue frequenti escursioni, abbia mano mano radunati i semmenti della parete posteriore ed interna del sacco avvicinandoli all' orifizio esterno del canale inguinale. Per buona sorte l' ernia inguinale strozzata è rara ne' ragazzi e non difficile a ridursi con la tassi incruenta. Tre sole volte ebbi a vederla nella mia pratica ed in tutti e tre i casi non ebbi, per ridurla, bisogno di ricorrer alla tassi cruenta. L' ernia antica e voluminosa è frequente e la sua strozzatura facile, ma qui ancora per un' altra buona ventura succede per lo più che, per la larghezza delle aperture erniose, possa essere ridotta senza la tassi cruenta; il che è confermato dalla sperienza di tutti i Pratici. A questi casi poi sarebbe più specialmente riservata la pratica d' incidere l' orifizio esterno del canal inguinal in giro, avvegnachè l' incisione diretta all' alto generalmente accettata e creduta più sicura di tutte in tutti i casi soddisfaccia anche qui senza pericolo all' indicazione dell' Arte.

Incisione dell' orifizio interno del canal inguinale

Riflettendo alla piccolissima distanza a cui l' arteria epigastrica ordinariamente trascorre dall' orifizio interno del canal inguinale : riflettendo eziandio alla necessità in cui, nel caso d' ernia strangolata dall' orifizio interno fortunatamente non frequente, l' Operatore è d' incider il cingolo strozzante dal lato stesso dove scorre quell' arteria, cioè dal lato della così detta *valvula falciforme* che forma il contorno interno e posteriore di quell' orifizio : a ciò riflettendo io ho sempre manifestato alla Scuola come nel mio concetto la preoccupazione di pericolo fosse di lunghissima mano maggior incidendo l' orifizio interno del canal inguinale che non incidendo l' esterno nel praticare l' erniotomia ed ho sempre fatto le meraviglie del silenzio de' Trattatisti intorno a ciò, a segno che in una delle più recenti ed accreditate opere di Medicina operativa voglio dire in quella del Velpeau, non siasi detto verbo di questo rilevante argomento. Ebbi tre volte l' occasione d' operar ernie inguinali strozzate dall' orifizio interno, due volte nella Clinica ed una nella pratica particolare. In quest' ultimo caso l' ernia essend' antica, epperciò accorciata la parete posteriore del canal inguinale, rinvenni l' orifizio interno strozzante a poca altezza così che ho potuto facilmente raggiungerlo con il dito in prima e poi con il gammautte bottonato, ma ne' due ammalati operati nella Clinica in cui l' ernia era recente, rinvenni quell' orifizio a tal altezza, in dipendenza fors' anche della pressione eseguita dalle viscere erniose, che, per raggiungerlo con il dito e con il gammautte, dovetti fare fissare da un Assistente e tirare nel tempo stesso al basso l' intestino strozzato. In ordine poi al modo d' incider il cingolo strozzante pensando che nella parte più bassa della valvula falciforme son adagiati gl' elementi varii del cordone spermatico e ch' essa

è tutt' intorno circondata dall' arteria epigastrica, ho preferito inciderla nella sua estremità superiore facendo trascorrer il gammautte bottonato rasente la parete dell' addomine nel luogo dell' attaccatura di quell' estremità come per disgiungerla dalla medesima parete. In questo modo sovrastava il solo pericolo di ledere l' arteria epigastrica, laddove incidendola al basso sovrastava, oltre a questo pericolo, pure quello di ledere il funicolo spermatico od alcuno de' suoi elementi costitutivi. Fu oltracciò mia cura di fermar il gammautte di cui il filo era soltanto scoperto pel tratto di sei linee verso la punta, non appena la sua punta bottonata ebbe oltrepassato il cingolo strangolante e di sciorre la continuità di cotesto cingolo piuttosto in modo di scalfittura che di taglio, avendo in tutti e tre i casi anteposto allargare la superficiale intaccatura non già mediante il gammautte, ma con il dito da cui non altro poteva risultarne fuorchè una sdrucitura non capace d' interessare, a differenza del gammautte, l' arteria. Ebbi in tutti e tre i casi ragione di lodarmi di cotesta condotta, essendo gl' operati guariti senz' alcun accidente. In prova della sua utilità stimo non superfluo addur in modo del tutto succinto l' osservazione d' uno dei due erniosi, stati operati nella Clinica, tacendo gl' altri due casi come quelli che son in tutte le principali circostanze al medesimo consonanti.

Domenico Ricono: anni 24: cuoco: temperamento sanguigno-muscolare con forme erculee: costituzione eccellente: bellissima armonia di forme: conosciuto per generosità d' animo che trascorreva talvolta all' ardimento temerario: stato sempre sano, salvo che fino dall' infanzia il testicolo destro, forse per brevità del cordone spermatico, erasi arrestato in vicinanza dell' orifizio esterno del canal inguinale. Ai 12 di

maggio dell' anno 1849 gli si manifestò, sollevando un grave peso, un' ernia inguinale destra molto dolorosa, per cui fu dodici ore dopo l' accidente ricoverato nella Clinica. In mezzo ai seguenti sintomi e segni riesciva questo caso di diagnosi assai difficile : la parte destra dello scroto piena di liquido, poco dolorosa, capace di riduzione con la pressione, distintamente ondeggiante ma non trasparente : l' orifizio esterno del canal inguinale ristretto ma libero: pieno e dilatato il canal inguinale nel suo tragetto : un tumore piuttosto voluminoso, largo, appianato, profondo, quasi indolente che da questo canale movendo si dirigeva a traverso della parte destra della regione ipogastrica verso la linea bianca : un grosso viluppo di tessuti duri e dolorosi in corrispondenza dell' orifizio interno del canal inguinale : strozzamento totale, giacchè neppur i gaz intestinali potevano passar a traverso della parte strozzata : febbre ed agitazione risentite : il tumore scrotale e quello della regione ipogastrica quasi eguali in volume e convergenti verso il canal inguinale, rappresentavano la forma d' una zucca a collo : sintomi di strangolamento urgenti : vescica orinaria, esplorata con il catetere, vuota. Non sembrava dubbioso che lo strozzamento movesse dall' orifizio interno del canal inguinale e che si trattasse d' ernia *entrovaginale* avuto riguardo all' incompiuta discesa del testicolo destro. Non sembrava neppure dubbioso che il tumore della parte destra della regione ipogastrica fosse formato da un' ernia *entroparietale* cioè da una viscera o porzione di viscera forviatasi fra gli strati muscolari della parete addominale. Ma qual era la natura dell' umore contenuto nel tumore scrotale ? Questo punto di diagnosi poco altronde per se rilevante si sarebbe poi dilucidato nell' atto operativo il quale, essendo urgentissimo, fu proposto

all' ammalato che lo rifiutò in su le prime nella speranza che il male sarebbesi dileguato da se. Si praticarono fra il giorno tre salassi, s' applicarono vesciche piene di ghiaccio su il tumore, s' imposero più clisteri d' acqua diacciata, ma tutt' in vano, anzi la notte dei 12 ai 13 essendo stata tempestosa assai, nella domane s' inculcò all' ammalato la necessità di una pronta operazione la quale fu dal medesimo accettata. Previi gl' opportuni tagli longitudinali che da un pollice circa al di sopra del piano dell' orifizio esterno del canal inguinale s' estendevan alla base dello scroto, si mise, in presenza della Scuola, allo scoperto la vaginale da cui, punta che fu, scaturì abbondante copia di sangue: s' introdusse nella puntura della vaginale il dito e con la sua guida fu essa spaccata sin all' orifizio esterno del canal inguinale: il testicolo giaceva nella parte posteriore e superiore della medesima in vicinanza dell' orifizio il quale era pervio ma un poco ristretto: si dilatò alquanto l' orifizio esterno verso la sua parte superiore: allora lo stesso dito spinto in alto nel canal inguinale s' arrestò contro il suo orifizio interno dov' incontrò un' ansa intestinale strozzata la quale era continua con un' altr' ansa che, non avendo potuto oltrepassare l' orifizio esterno, erasi internata tra i muscoli grande e piccolo obbliquo dirigendosi verso la linea mediana. Si liberò cotest' ansa dall' innaturale meandro tirandola fuori dall' orifizio esterno: siccome poi alto era il cingolo strozzante, anzi tant' alto che il dito poteva bensì giungervi contro ma non oltrepassarlo neppure con l' ugna, la quale cosa poteva anch' in parte dipendere dallo scostamento degli strati muscolari prodotto dall' ansa intestinale fra i medesimi forviatasi, si prese il partito di fare dolcemente tirare da un assistente l' intestino fuoriuscito verso la regione scrotale: ho

allora potuto introdurre l' estremo apice del dito oltre al piano del cingolo e con la sua guida scalfirlo con il gammautte bottonato e poi sdrucirlo con il dito nel modo che è stato sopra accennato : da quel momento facile riescì la tassi della viscera erniosa. La riazione traumatica generale e locale per parte della viscera strozzata e delle parti strozzanti fu moderatissima : il solo testicolo s' infiammò con qualche violenza ma con i mezzi antiflogistici , segnatamente con tre pronti salassi , entrò esso in calma. D' allora in poi l' andamento delle cose progredì tutti i giorni verso il miglioramento ; tanto che al ventesimoquinto giorno dall' operazione la ferita era cicatrizzata ed al quarantesimo l' operato usciva dalla Clinica perfettamente ristabilito (Le annotazioni relative a questo caso furono scritte dal Dottore Prelli).

È cosa probabile che in cotesto caso il restringimento dell' orifizio esterno del canal inguinale e la presenza del testicolo nella sua vicinanza siano stati la causa dell' essersi un' ansa intestinale forviata fra gli strati muscolari della parete addominale , impedendone la discesa nello scroto. Già altra volta un cotale di cui ho l' osservazione sotto gl' occhi fu accettato nella Clinica, dove dopo breve ora morì per causa d' ernia inguinale *entroparietale* strozzata e cancrenata : già da tre giorni durava lo strozzamento senza che avess' egli avuto ricorso all' Arte : da cotesto colpevole indugio derivò la cancrena e la morte : incontrammo nella necroscopia un' ansa intestinale cancrenata e forviata tra il grande ed il piccolo obbliquo, ma non v' era strangolamento per parte dell' orifizio interno del canal inguinale. Diverso fu il meccanismo con cui si formò l' ernia in questi due casi : nell' ammalato dell' antecedente fattispecie la viscera s' era forviata uscendo dall' addomine , mentre in quello di

cui qui si tratta èrasi forviata rientrando in quella cavità. Il paziente era uomo su i cinquant'anni, robustissimo, tocco d'ernia scrotale destra da più di vent'anni, intemperante e solito ad ubbriacarsi: un disadatto bendaggio erniario di cui faceva uso era insufficiente a contenere l'ernia la quale faceva perciò frequenti escursioni fuori del ventre: gl'era abituale una tal quale positura di corpo e degl'arti addominali, mercè di cui aveva sempre potuto farla con facilità rientrare nel ventre: forse aveva egli troppa fiducia in cotesto meccanismo statogli dalla sperienza particolare insegnato. Una sera, dopo un canto protratto e vino abusato, essendo l'ernia comparsa nello scroto, ricorse al solito meccanismo per ridurla, ma la spinta ch'egli le diede in quello stato d'ebbrezza fu così ruvida e così male diretta che la viscera, a vece di rientrare nel ventre ripassando per l'orifizio interno del canal inguinale, forviò fra le pareti dell'addomine.

Riunione della ferita dopo l'erniotomia.

È stata consigliata e praticata la riunione per prima *intenzione* mediante sutura cruenta della ferita superstite all'erniotomia. Però, se alcune rare volte fu essa profittevole, ne' più de' casi fu conseguitata da stasi purulenta, da risipola e simili. Ondechè quella pratica cadde subito nell'obblìo e meritevolmente, secondo me, giacchè in due casi in cui v'ebbi ricorso, ottenni bensì quella riunione ma dovetti poi in ambo i casi fare la spaccatura di moltiplici ascessi che più tardi vi si formarono. Fui anzi una volta chiamato a consulto per vedere un tale in cui erasi praticata ed ottenuta quella riunione, il quale offriva indizii d'infiltrazione purulenta nel tessuto celluloso estraperitoneale dal lato della fossa iliaca destra. Per la quale cosa nel medicare la ferita superstite all'erniotomia io non ho mai, eccettuati quei due casi, abbandonata

la vecchia mia abitudine d'accostarne bensì i margini ma di frapporvi un pannolino di costa per vietarne l'immediata riunione.

Effetti dell'epiploon arrestato nel canal inguinale ed ivi aderente.

Quando nell'erniotomia s'incontra l'epiploon insieme con l'intestino alcuni Pratici hanno dato il precetto di ridurre l'intestino e di lasciare nel canal inguinale l'epiploon intatto o stato anche in parte reciso, e ciò nell'idea che, aderend'esso al contorno di quel canale, formi un turacciolo capace d'antivenir il ritorno dell'ernia. Così ho io tre volte adoperato su gl'occhi della Scuola e vidi sempre riprodotta l'ernia e d'allora in poi ho dato l'addio a quel precetto, vieppiù che la sua aderenza nel canal inguinale non solo è inutile per lo scopo a cui mira, ma può per ragione troppo evidente riescire nociva alle funzioni del ventricolo. Di questi tre casi ne riferisco alla sfuggita un solo cioè quello che, per le circostanze a cui era associato, mi sembrava a prima giunta dovesse corrispondere ai miei voti meglio di tutti.

L' Ex-Capitano B. M. : anni 59 : temperamento sanguigno : costituzione originariamente robustissima, ma resa oltre ad ogni credere grama per nove o dieci infezioni veneree sofferte per cui ebbe a sostenere tre cure mercuriali con le unzioni e prese internamente più di 40 grani di deutocloruro di mercurio e 4500 grani di protoioduro di potassio : soggetto a bubonocele destra congenita, stata fin ai 40 anni contenuta con apposito bendaggio, la quale tra per i continui stravizzi e tra per l'incuria erasi da 20 anni convertita in oscheocele irreducibile e nel primo giorno di luglio 1846 diventò strozzata in seguito a caduta da una scala. Accettato due giorni dopo nella Clinica, ci offriva egli il seguente stato : macilenza spaventevole : colore giallo-lividastro : sintomi acuti di strozzamento : tutto il corpo coperto d'una cronica impe-

tigine crostosa: indizii di cronica gastrenteritide passata allo stato subacuto: oscheocele voluminosa, di forma cilindrica e dura a segno che si sarebbe a prima giunta creduta contener una viscera parenchimatosa: polso celere, disuguale ed intestinale. Così streme eran le sue condizioni che il determinarsi all'operazione cruenta esigeva molta prudenza, vieppiù che era da aspettarsi che si sarebber incontrate molte vecchie e tenaci aderenze. Non perciò essendosi dopo le embroche ghiacciate su il tumore alquanto placati i dolori e l'ammalato chiedendo con calde preghiere l'operazione, anch' a rischio che dovesse tornargli fatale nell' atto stesso, fu quest' eseguita nella mattina dei 4 di detto mese in presenza della Scuola. Inciso l'orifizio esterno del canal inguinale, si potè con facilità ridur un'ansa intestinale ed una porzione d'epiploon intensamente rossi, ma liberi da coaderenze. La discesa di queste parti avvenuta pochi giorni prima era second' ogni probabilità quella che aveva determinata lo strangolamento. Rimaneva frattanto nel sacco una grossa porzione d'epiploon tenacemente aderente al medesimo ed al testicolo: le aderenze erano lasse nella metà sua superiore e fitte nella metà inferiore. Con facilità si sciolsero le prime e vi volle per contro molta diligenza per isciorre queste ultime ma finalmente si riescì nell' intento e potemmo recarci in mano una voluminosa porzione d'epiploon, dura, come *parenchimatizzata* e divisa al basso in due lobi. Ho questi ricisi dopo aver allacciato l'epiploon e poi ho ridotto nel ventre la radice d'uno di cotesti lobi lasciando l'altra nel canal inguinale quasi nel piano del suo orifizio esterno che, pel suo volume, riempiva esattamente, e ciò con la speranza che rendendosi aderente fosse per prevenir un' ulterior discesa erniosa. Il testicolo era com' a nudo nel fondo del

sacco; il che rivelava la natura congenita dell'ernia. Medicata la ferita, s'applicarono vesciche piene di ghiaccio su la sede operata e si somministrarono bevande ghiacciate internamente. La riazione traumatica che insorse con apparenza di gravità rimase domata da due salassi. Brevemente, trentadue giorni dopo l'operato era in piena convalescenza ed usciva dallo Spedale munito di bendaggio erniario (Le annotazioni di questa fattispecie furono scritte dal Dottore Giovanni Battista Ardizzone). Ora bene cotest' operato in cui una porzione d'epiploon rinchiusa nel canal inguinale che turava bene ed a cui si rese aderente su i nostri occhi andò due anni dopo soggetto all'ernia nella sede operata e cotest' ernia si rese strozzata, ma si ridusse fortunatamente con la tassi incruenta.

Perforazione dell'intestino ridotto dopo l'erniotomia.

È cosa frequente incontrare nell'erniotomia l'intestino per violenta infiammazione spesso nelle sue pareti, disuguale nella sua superficie, di colore brunastro, alle volte insino livido, ma scevro ancora da indizii di cancrena: si dà in simili casi da tutti i Pratici il precetto di ridurlo e si ritiene qual eccellente correttivo dell'infiammazione il naturale tepore dell'interno dell'addomine. Il precetto è eccellente e da seguirsi: ma in quanto al correttivo del tepore naturale dell'addomine credo che sia bensì utile ma che siasi esagerato il suo valore. Non agiterei qui cotesta quistione se versasse dessa solamente su il più od il meno di probabilità d'un' idea speculativa, ma la agito perchè serve alla futura condotta del Pratico. Già sei volte m'è occorso vedere nell'erniotomia intestini strozzati ed infiammati, com'è stato testè detto, di cui alcuni senza visibile alterazione de' tessuti ed altri con una consocia leggiera e circoscritta calteritura della membrana peritoneale, i quali tra i cinque ed i dieci giorni dall'operazione riesciron al

crepaccio ulcerativo con esito per la ferita di gaz, di materie fecali ed anche di vermini e con una consecutiva più o meno pronta guarigione spontanea. Vuole ciò dire che, a malgrado del tepore naturale dell' addomine e d' altri utili sussidii, l' infiammazione da cui nell' atto dell' erniotomia erano compresi quegli intestini non solamente nella porzione strozzata ma in alcuni anche nella parte collocata più in dentro dello strangolamento, fece il passo all' ulcerazione. Vuole ciò dir altresì che il Pratico il quale ha con l' occhio e con il dito riconosciuto il grado e fin ad un segno anche la distesa dell' infiammazione debb' in quegl' incontri insistere con maggior energia, con maggiore prontezza e con maggiore durata nel metodo antiflogistico finchè dai sintomi e segni può razionalmente dedurre che viva continui quell' infiammazione o che per lo meno non sia così abbattuta da non fare temer il suo passaggio all' ulcerazione. Dacchè mi conduco con questa norma debbo dire che molto più raramente m' è accaduto veder il caso di cui si tratta. Un evento ho sempre qui ammirato ed è che in tutti i casi siasi ulcerata la porzione d' intestino corrispondente all' orifizio interno del canal inguinale, rimasi illesi gl' altri suoi semmenti. Quanta parte ha in ciò avuta la maggiore distensione di quella porzione d' intestino per le materie contenutevi e quanta la sua minore resistenza per difetto d' appoggio delle pareti addominali in quella sede? Vidi la prima volta l' esito di cui qui si parla nel mese di febbraio dell' anno 1825 insieme con il mio vecchio e leale amico il Dottore Cavaliere Tarella nella Signora Go . . . . E., soggetta da lunghi anni ad ernia crurale destra irreducibile e da più mesi a lenta gastrenteritide per cui era dal detto mio amico curata con quella perizia che è a tutti nota. Essendo l' ernia passata a strozzamento e tornata inu-

tile la tassi incruenta io la sottoposi all' erniotomia: incontrai molta pinguedine intorno al sacco, questo diviso in due prolungamenti e l' intestino preso da viva infiammazione e aderente nel fondo del medesimo sacco. Sciolte le aderenze, ridotto l' intestino ed adoperato un opportuno metodo antiflogistico, ogni cosa volgeva al bene, rimanendo solamente un poco di tumidezza dolorosa in corrispondenza dell' orifizio interno del canal inguinale, quando nel decimo giorno dall' operazione cominciaron ad uscirne fecce. Durò questa uscita per lo spazio di quindici giorni e poi svanì da se. L' intervento dell' arte debbe in questi casi essere ridotto a procurare la maggiore nettezza possibile della soluzione di continuità. L' introdur in questa piccole fettucce con il fine di favorire lo scolo delle materie contrarierebbe la sua tendenza naturale al richiudimento, siccome ho appunto osservato nel caso testè citato in cui il richiudimento allora appunto ebbe con prontezza luogo quando si cessò dall' introdurre di simili fettucce. D' allor in poi ebbi cinque altre volte occasione di vedere quel crepaccio spontaneo dell' intestino alcuni giorni dopo l' erniotomia cioè due volte nella pratica particolare e tre nella Clinica. L' esposizione di tutti e singoli questi fatti non aggiungendo alcun' importanza all' argomento, sto io soddisfatto a produr un solo di questi ultimi che ebbe luogo su gl' occhi della Scuola nell' anno Accademico 1845-46.

Giacomo Astino di S. Balegno: anni 40: carrettiere: temperamento sanguigno-bilioso: costituzione robusta: tocco d' ernia scrotale sinistra congenita a cui non si badò mai: stato nel corso della sua vita passata assalito da due sinoche, una su i 35 anni e l' altra su i 39, domate con alcuni salassi: accettato nella Clinica ai 25 di maggio 1845. Un mese

prima dell' accettazione cominciò a soffrire sintomi d'irritazione gastrenterica, come vaghi e cupi dolori colici, stitichezza, sete, disappetenza, flattuosità, turgenza insolita di ventre con frequenti brividi, ecc. la quale non curata, anzi attizzata da incongruo alimento e da soverchia fatica non cessò mai, trasse anzi dopo di se il vomito nel quale una nuova porzione di viscera discesa nello scroto determinò lo strozzamento dell' ernia congenita. Visitato 24 ore dopo l' accidente nella Clinica, si rinvenne il tumore così teso, così doloroso ed associato a così gagliarda febbre che, visti inutili un salasso, i bagnuoli ghiacciati e simili per indurre qualche calma e visto pur inutile un blando tentativo di tassi incruenta, si decise ricorrer alla tassi cruenta prevedendo però le gravi difficoltà che si sarebber incontrate nell' atto operativo per le moltiplici e fitte aderenze che second'ogni probabilità dovevan esister in un' ernia così antica e non stata contenuta mai con alcun bendaggio. Le previsioni furono subito verificate, giacchè non appena aperto il sacco ernioso il quale era oltre ad ogni credere spesso e duro, si vide nella sua parte inferiore raccolto un poco di siero sanguinolento: nelle rimanenti sue parti aderiva esso all' epiploon ed all' intestino, in basso per sole fimbrie come ligamentose ed in alto per un duro cemento circolare. Con molta dilicatezza e pazienza venni a capo di sciorre tutte le aderenze, illeso affatto l' intestino ma gravemente infiammato: accadde solamente che nello sciorle dal lato posteriore dov' erano più fitte sia stata sciolta la continuità del sacco formato dalla vaginale e che in quest' eventual apertura siasi introdotto un semmento del cordone spermatico avente molta somiglianza con una piccola ansa intestinale: per rendere però convinta la Scuola che quel tessuto aveva atti-

nenza al cordone ho afferrato il testicolo e nell' atto di trarlo al basso si vide subito scomparire quella temporanea e parziale procidenza del cordone nel sacco ernioso. Essendo l' epiploon ipertrofico , bozzuto , in alcuni luoghi indurito ed in una condizione d' iperemia grave, ne ho recisa una porzione della lunghezza di tre pollici e mezzo circa, previa una doppia legatura. Tirando , dopo dilatato l' orifizio esterno del canal inguinale, l' intestino, eravi qualche difficoltà alla sua uscita ; per il che esplorato con il dito il canale rinvenni ch' esso era pure estesamente aderente nell' interno di questo per numerose e resistenti fimbrie, le quali recise con il gammautte guidato dal dito, agevole riescì la compiuta riduzione così dell' intestino come dell' epiploon. La riazione traumatica che sorse alquanto intensa fu spenta con tre salassi , con bevute ghiacciate, con embroche locali pur esse ghiacciate e simili : per guisa che all' ottavo giorno dell' erniotomia cioè ai 3 di giugno l' operato era apiretico, lodevole era così per qualità come per quantità la suppurazione, libero era l' alvo e già distaccata la legatura dell' epiploon : il ventre però in corrispondenza dell' orifizio interno del canal inguinale rimaneva alquanto duro e dolente al tatto. Nella medicazione della domane si rinvenne la suppurazione frammista a materie fecali contenenti un vermine lombricoideo morto: durò il passaggio delle fecce dalla ferita per quattordici giorni, cessò quindi spontaneamente e d' allora in poi la ferita andò rapidammente alla cicatrice la quale era compiuta ai 28 del testè citato mese (Le annotazioni di questa fattispecie furono scritte dal Dottore Amilcare Colonnetti).

Conchiudo dunque

1.° Che il tepore naturale dell'addomine è un utile fomento cooperante alla risoluzione dell' infiammazione

intestinale ma che non si ha da esagerarne l' efficacia, giacchè bene spesso succede che, a malgrado del medesimo, quell' infiammazione continui il suo corso sin al crepaccio ulcerativo.

2.° Che questo crepaccio non trae per buona sorte dopo di sè gravi sequele.

3.° Che quand' il Pratico incontra nell' erniotomia l' intestino compreso da grave infiammazione debbe per prevenire quest' evento incalzarla con maggiore energia, prontezza e durata sin all' estinzione delle sue ultime reliquie, non bastando a ciò l' avere doma la riazione febbrile ma essend' altresì necessario che cessi quella durezza dolorosa corrispondente all' orifizio interno del canal inguinale ed alle parti ad esso contermine, sotto gli auspizî della quale sola può quel crepaccio succedere.

So che cotesto tardo crepaccio dell' intestino ridotto dopo l' erniotomia move alle volte da altre cause, come da ulcerazione parziale del peritoneo, dallo smagliarsi e lacerarsi che fa l' intestino nell' atto della riduzione, dall' esser esso già in qualche parte cancrenato al momento della riduzione ; ma io dichiaro qui che nei casi per me veduti non ho, per quante minute indagini abbia fatte, saputo vedere nessuna di queste cause ed ebbi a riconoscere che quel crepaccio era il solo effetto dell' infiammazione dell' intestino riuscita nell' ulcerazione dopo la sua riduzione.

Notevole cancrena dell' intestino.

Grave evento è quello della cancrena dell' intestino non limitata ad un punto ma occupante un tratto più o men esteso del medesimo e vaghe son ancora le opinioni dei Pratici su il modo di ripararvi quand' occorre nell' atto dell' erniotomia : le diverse opinioni posson in digrosso epilogarsi come siegue : aprire largamente l' intestino cancrenato nella sua parte libera nel sacco o nella parte immediatamente strozzata

e non mettersi in pensiero d' altro, vie più che, quando la cancrena s' innoltra fin al cingolo strozzante, quest' è, secondo Dupuytren, cancrenato pur esso, epperciò lo strozzamento si scioglie da se senza bisogno di dilatazione cruenta: tagliare o recidere la parte cancrenata e poi dilatare con il taglio il cingolo strozzante: recidere la porzione cancrenata su il vivo, poi unire con sutura i due estremi dell' intestino e questo ridurre: dilatare bene il cingolo strozzante, poi tirare fuori dal medesimo una porzione dell' intestino cancrenato, poi recidere la porzione cancrenata su il vivo e poi ridurre le parti sane, lasciando nella ferita il solo sbocco intestinale. Esaminiamole.

1.° *Aprire largamente l' intestino e non mettersi in pensiero d' altro.* A malgrado che G. L. Petit narri avere veduti guariti ammalati affetti da ernia cancrenata in cui era egli stato contento a praticare alcune incisioni su il tumore senza regolare erniotomia: a malgrado dei felici successi che, second' alcuni, ottennero agl' andati tempi certuni i quali, in vece dell' erniotomia regolare, praticavano solamente alcune incisioni su il tumor ernioso foss' esso cancrenato o no: a malgrado che siano nella nostra Letteratura consegnati casi di guarigione avvegnachè gl' Operatori avendo nell' atto d' un' erniotomia regolarmente eseguita incontrata un' ansa d' intestino cancrenata avessero soltanto spaccata quest' ansa senza dilatare la parte strozzante: a malgrado di ciò la sperienza ha provato com' ad altri Pratici così a me che, se in queste emergenze non s' allarga la parte strozzante, lo strangolamento per lo più continua perchè, per la strettezza del passaggio resa maggiore dalla presenza e tumidezza infiammatoria dell' intestino contenutovi, non è libero il varco alle materie nella ferita, nè bastano per renderlo libero le iniezioni che si soglion

fare nell' estremo superiore dell' intestino con un tubo in gomma elastica, nè la permanenza di questo tubo. Non si nega la possibilità che in alcune ernie voluminose così grande sia il cingolo strozzante che, anche non dilatandolo, cessi lo strozzamento e libero rimanga il varco alle materie, ma è questa un' eccettuazione che il Pratico debb' all' occasione avere presente per distinguer i casi in cui convenga poco dilatare ed anche passarsi della dilatazione, ma non vulnera questo grande principio che per solito continuano i sintomi di strozzamento se il Pratico nell'atto dell' erniotomia sta contento a dilatar ampiamente l' ansa cancrenata senza rivolgere le sue cure alla parte strozzante. Nè debbe lenir il rigore di questa proposizione l' asserzione del Dupuytren che lo strozzamento rimanga sciolto dalla simultanea cancrena della parte strozzante, giacchè quel grande Pratico ha in ciò evidentemente fatto gabbo a se stesso. Io per lo meno debbo nel mio particolare così conchiudere se rifletto che in un grande numero d' ernie cancrenate per me vedute e curate, non ebbi mai occasione di verificare quell' evento. Io conchiudo dunque con Velpeau che, se può risparmiarsi la dilatazione del cingolo strozzante quand' è questo piuttosto ampio, quando lo strangolamento è leggiero e quando, dopo la recisione della porzione cancrenata, le materie escono liberamente, quel risparmio potrebbe in circostanze opposte riescire ad esiti funesti.

2.° *Tagliare la parte cancrenata e poi dilatare con il taglio il cingolo strozzante.* Convinto degli inconvenienti di non dilatare con il taglio il cingolo strozzante ed appoggiato all' idea che le parti sane dell' intestino contermine al limite interno delle cancrenate si rendano sempre aderenti e vietino l' effusione delle materie intestinali nel peritoneo, Scarpa

consiglia in cotesti malaugurati eventi di recidere la parte cancrenata e nel tempo medesimo di dilatare con il taglio il collo del sacco, il cingolo fibroso strangolante e, volendolo la necessità, insino l' intestino stesso di dentro in fuori. Molte ragioni ostano a che s' abbracci come principio di Scienza questa dottrina dello Scarpa. Sono già stati consegnati alla nostra Letteratura molti casi d' ernie intestinali cancrenate da cui risulta che o mancavano quelle aderenze od erano troppo tenere epperciò non bastantemente resistenti od erano soltanto da uno de' lati e non in giro all' ansa intestinale od erano pochissimo estese dentro il canal inguinale su la parte sana dell' intestino. Chi non vede che in tutti questi casi può l' intestino ritirarsi con versamento delle sue materie nel peritoneo per un movimento dell' ammalato provocato dal dolore o dal vomito e simili? Nè, per mettere al sicuro l' operato da questo desolante evento, basta dire con Velpeau che le materie intestinali, quando sia tagliato il cingolo strozzante, hanno più tendenza a portarsi al di fuori che a rientrare nell' addomine perchè il fatto ha già provato che quell' evento può succeder anche quando l' intestino non si ritira nel ventre e la ragione lo dichiara poi inevitabil in quest' ultimo caso. Velpeau altronde nell' ideare quel correttivo ebbe di mira solamente le ernie inguinali in cui la ritirata dell' intestino, per la lunghezza del canale, è meno facile, ma avrebb' egli avuto uguale fiducia in cotesto corettivo se mentre scriveva gli fossero state presenti all' animo le ernie strozzate e cancrenate crurali, ventrali, ombilicali in cui, se manca l' aderenza o s' è troppo debole, havvi possibilità dello spargimento delle materie intestinali nel peritoneo per poco che l' intestino si ritiri? Milita ancora contro l' opinione di

Scarpa la sede della cancrena intestinale: suppongasi di fatto che questa, a vece d' occupare la parte d' intestino strozzata, occupi la parte libera dell' ansa nel sacco e sia questa molto lunga, non è egli vero che, spaccando solamente la parte cancrenata e dilatando il cingolo strozzante, non potrà evitarsi l' ano artificiale per l' impossibilità che una lunga porzione d'intestino si ritiri nel ventre? E se vuolsi conseguire cotesta probabilità non è egli ugualmente vero che hassi da recidere rasente il cingolo strozzante tutta l' ansa benchè alle volte in grande parte libera dalla cancrena, la quale cosa non è stata per la sua sconvenienza da alcuno fin qui consigliata? Con tutto ciò però un caso vi ha, per verità raro, in cui la pratica di Scarpa può esser utilmente ridotta ad arte ed è quando la cancrena è su il piano del cingolo strozzante e può questo dilatarsi con il taglio su la guida d' una tenta solcata che s' abbia avuta la possibilità d' introdurre tra la parte strozzante ed il sacco il quale perciò rimane illeso come rimangon illese le sue aderenze al sottoposto intestino.

3.º *Recidere la porzione cancrenata su il vivo, poi unire con sutura i due estremi dell' intestino e questo ridurre.* Con la veduta d' evitare la fistola stercoracea e fors' anche più tardi l' ano artificiale con gl' altri mezzi non altrimente evitabili si proclamò l' utilità della sutura degl' estremi intestinali e poi la loro successiva immediata riduzione nel ventre. I mezzi stati ideati ed anch' attuati a compimento di cotest' idea son in dipresso i seguenti: introdurre negl' estremi intestinali una trachea o la porzione d' un intestino d' animale od una cannula di sambuco o di colla di pesce od un pezzo di candela di sego od una carta da giuoco od una cannula di gomma elastica, ecc., poi praticare sopra uno di questi modelli la sutura:

invaginare l' estremo superiore dell' intestino nell' estremò inferiore, poi farne la sutura e ridurre : unir i due estremi dell' intestino per le loro superficie serose, come consigliano Jobert e Lambert. L' idea da cui questi varii modi tra se molto differenti per efficacia, son informati è certamente più conforme ai voti della natura e lodevole al sommo è il loro fine di preoccupare la fistola e l' ano artificiale ; fin qui però son essi per l' incertezza della loro azione postergati a quelli con cui si trattiene l' intestino cancrenato nella ferita a pericolo anche d' un ano artificiale. Di fatto il pensiero s' arretra spaventato riflettendo all' inevitabile morte dell' operato se accadesse che, una volta introdotto l' intestino così riunito per sutura, lasciasse questa la presa e ne succedesse versamento di materie nel cavo del peritoneo.

4.º *Dilatare bene il cingolo strozzante, poi tirare fuori dal medesimo una porzione dell' intestino cancrenato, poi recidere la parte contaminata su il vivo e poi ridurre le parti sane lasciando nella ferita il solo sbocco intestinale.* Se in questo modo s' incorre nell' inconveniente di sciorre le aderenze dell' intestino alle parti circostanti, hassi in quella vece il vantaggio d' accertarsi di veduta della condizione de' suoi semmenti interni più vicini alla parte cancrenata, di meglio riconoscer i limiti della cancrena e d' assicurarsi fin ad un segno che non esistono più dentro altri ostacoli capaci d' interrompere il corso alle materie contenute negl' intestini. Il più antico modo d' attuare cotest' idea è quello di Littre il quale consisteva nel legare l' estremo inferiore dell' intestino cancrenato e nel ritenere l' estremo superiore nella ferita. Questa pratica la quale condannava l' operato alla perenne soggezione d' un ano artificiale aveva in se i germi di quell' obblio in cui doveva

di necessità cadere. Un altro modo assai più razionale è quello di Lapeyronie il quale consiste nel recidere la parte cancrenata e poi nel fare passar un filo a traverso del mesenterio e poi, fatti rientrare i due estremi dell' intestino fino su il piano della parte strozzante, nell' impedire che rientrino del tutto fissandoli con gl' estremi di quel filo al di fuori. Pretende Scarpa che quel filo fatto passar a traverso del mesenterio impedisca la ritrazione graduata dell' intestino; che possa lacerar il mesenterio e qualche suo vaso d' onde emorragia interna, e che avend' appoggio alla faccia profonda dell' intestino rivolta al mesenterio possa anche farvi una pericolosa attaccatura. Ciò pretendendo Scarpa ha evidentemente esagerati gl' inconvenienti della pratica di Lapeyronie, giacchè mantenendo, come avverte molto bene Velpeau, scostati gl' estremi di quel filo al di fuori e soprattutto levandolo non appena gl' estremi intestinali siansi resi aderenti alle parti vicine, il che per solito succede in due giorni, non si han a temere tutti i danni vaticinati da Scarpa. Messa a parte ogni esagerazione, può però dirsi che la pratica di Lapeyronie nei primi giorni in cui gl' estremi intestinali non son ancora collegati da aderenze, non mette l' operato del tutto al sicuro dal ringorgo delle materie intestinali nel ventre e dalla ritrazione dell' intestino leso negli sforzi di vomito, nei premiti, nei movimenti insoliti e che so io. Ondechè da venti e più anni essendomi io preoccupato di quest' argomento così ridotto ai suoi ultimi termini ho avvisato ed ho sempre insegnato che, per evitar ogni inconveniente, sarebbe forse migliore consiglio appigliarsi all' una od all' altra di queste due pratiche: dilatar il cingolo strozzante, dilatare pur esso nel modo stato sopra accennato l' orifizio interno del canal inguinale se, tuttochè

non istrozzante, offresi alquanto ristretto, tirare fuori l' intestino cancrenato, recidere la parte contaminata, poi, se questa non comprende un intiero semmento dell' intestino, con punti di sutura intercisa unir il contorno della sua apertura in giro alla parte più profonda della ferita, perchè risanando siane meno lunga la ritirata, più facile la formazione dell' atrio membranoso e più pronto il ristabilimento al corso naturale delle materie intestinali e, nel caso che un semmento intiero d' intestino sia levato via, fare precedere la riunione degl' estremi dell' intestino in giro all' ima parte della ferita dalla mutua sutura del loro lato interno o mesenterico, e ciò con l' intendimento di preoccupar il regresso delle materie intestinali verso la cavità del peritoneo. Oppur unir i due estremi intestinali per le superficie serose alla maniera di Iobert o di Lambert, poi fare passare un filo a traverso del mesenterio, poi introdurre l' intestino così cucito il più salvamente che si può nella parte profonda della ferita, senza ridurlo nella cavità addominale, poi fissare bene gl' estremi del filo al di fuori, facendoli anche per maggiore sicurezza passar a traverso de' margini della ferita e lasciandoli per poco in sito cioè solamente sin a che l' intestino siasi reso aderente in giro. Senza pretendere che questi modi operativi siano migliori ed abbiano da adottarsi di preferenza, io riferirò però un caso in prova dell' utilità del primo e due in prova dell' utilità dell' ultimo, premettendo che, se in questi due ultimi casi non si potè ottenere la riunione totale degl' estremi intestinali stati congiunti con sutura e non si è perciò potuto evitare la fistola stercoracea, si conseguì però in definitivo risultamento la guarigione senzá ricorrer alle operazioni consigliate per correggere l' ano artificiale.

Caso I. Giovanni Piovano : anni 23 : contadino : temperamento sanguigno : costituzione robustissima : non stato mai ammalato : ai 17 anni comparsa d'un tumoretto all' inguine sinistro senza cognita causa. Non cagionando cotesto tumor alcun dolore ed ignorando egli che foss' un' ernia, non vi pose riparo e continuò ne' suoi lavori senza punto badarvi. Frattanto in quell' incuria ed ignoranza l'ernia, tuttochè sempre libera, prese nello spazio di sei anni un' evoluzione sei volte maggiore e tuttavia anche in questo stato non sapeva egli che fosse affetto da ernia, epperciò nulla adoperò mai per guarirne. Però in siffatte condizioni patologiche essendosi egli più volte esposto a cause reumatizzanti e nutrendosi, per indigenza, d' un vitto di difficile digestione andava bene spesso già da più d' un anno soggetto di volta in volta ad aridezza delle fauci, amarezza di bocca, dolori addominali, disappetenza, sete ed offriva altri indizii d' orgasmo del canale digerente. Ai 20 del mese di maggio dell' anno 1845 dopo un forzato e grave lavoro campestre, fece egli una corpacciata d' alimenti indigesti e da quel momento l' ernia si rese dura, dolorosa, irreducibile e s' associò a stanchezza ed oppressione generale delle forze, dolori addominali acuti, meteorismo, nausea, vomito, febbre e ad altri fenomeni di strozzamento. Un Medico ignaro delle cose Chirurgiche avendolo creduto affetto da enteritide lo fece in sei giorni salassare dieci volte non punto badando all' ernia la quale intanto riescì alla cancrena. Un Chirurgo sopracchiamato allora l' avviò subito alla Clinica operativa ai 26 di detto mese cioè sei giorni dopo l'esordio dello strozzamento, dov' essendosi egli offerto con faccia ippocratica, estremità livide e comprese da un freddo marmoreo o di rettile, polsi insensibili, singhiozzo, sopore, voce difforme, flebile, appena

appena percettibile, meteorismo enorme, tumor indolente, flacido, spaventevole prostrazione di forze, si credette che foss' egli vicino a spegnersi e non si prese alcun' indicazione. Nella sera continuazione dello stesso stato ancor aggravato e pericolo di vicina morte. Però essendosi nella mattina dei 27 rinvenuto con grata sorpresa ancor in vita, comecchè fosse questa ridotta ad un filo, io risolsi, in vista d' una resistenza vitale cotanto tenace, di sottometterlo all' operazione. Non appena aperto il sacco ne uscì di dentro una notevole quantità di fecce frammischiate a siero ed a muco. Una cospicua porzione d' omento cancrenata fu subito allacciata su il vivo e poi recisa. Si scorse quindi una grossa ansa intestinale involuta nell' omento e pur essa cancrenata, non già nella sede dello strozzamento, ma nella sua parte libera contenuta entro il sacco, e questa porzione cancrenata fu tutta con le forbici levata via. Però molto diffusa secondo l' asse dell' intestino, la cancrena ne aveva risparmiato il lato mesenterico. Ho quindi dilatato ampiamente il cingolo strozzante ed introdotto l' epiploon nel ventre. Tale riescì la dilatazione del canal inguinale che il dito pollice della mia mano poteva liberamente spaziare entro il medesimo ed era perciò escluso il timore della continuazione de' sintomi di strozzamento per la succesiva turgenza infiammatoria della porzione d' intestino entrovi contenuta. La natural ampiezza dell' orifizio interno del canal inguinale era tale che non occorse il bisogno di dilatarlo. Ho dopo ciò con cinque punti di sutura intercisa uniti i magini della breccia intestinale al contorno della ferita. Di questi punti uno corrispondeva alla parte superiore, due alle parti laterali superiori, due alle parti laterali inferiori. Per rendere più tardi meno disagevole il regresso dell' intestino nel ventre ho

praticati quei punti di sutura a quella profondità che mi consentì maggiore la forma anatomica della parte. Introdotta quindi una cannula in gomma elastica nell' estremo intestinale superiore col consiglio di servirsene per praticare di volta in volta blande iniezioni di decozione tiepida di fogliè di malva, ho accostati senz' unirli i margini della ferita e fatte applicare vesciche pieno di ghiaccio sminuzzato su il ventre. Le materie intestinali le quali dal loro colore, odore e dalla loro elaborazione sembravan accennar alla lesione della parte bassa dell' intestino ileon, s'avviarono liberamente per la cannula, il meteorismo andò perciò scemando dal momento dell' operazione e da quel momento scemarono pure per gradi i sintomi di strozzamento; ma non per questo, cotanto profonda era stata in cotest' ammalato l' impressione morbosa che continuò egli nei due primi giorni consecutivi all' operazione a rimanersi con la faccia ippocratica, cute livida, freddiccia, polsi smarriti e quasi nella condizione d' un assiderato. Su il fine del secondo giorno cominciò la riazione traumatica la quale fu però molto leggiera e cessò quasi del tutto nel quarto giorno continuando le fecce ad uscire liberamente per la ferita. Dal quinto giorno dall' operazione in poi le cose camminarono di bene in meglio, cessarono tutti i sintomi di strozzamento, cessò la febbre, rimaneva il solo singhiozzo ed ancora molto più raro: si concedette per alimento una decozione di riso. L' aderenza dell' intestino alle parti circostanti avend' avuto luogo al sesto giorno, si levaron i fili della sutura. All' ottavo, incalzando l' appetito e niente contrindicandone l' uso, si permisero alcune panatelle all' operato. La ferita frattanto si stringeva coprendosi di carni di buona natura e l' intestino si ritirava poco per poco nel ventre; per modo che nel diciassettesimo giorno

dall' operazione l'ammalato ebbe un esito alvino e nel giorno consecutivo più altri di fecce liquide, stati favoriti da clisteri mollitivi. In considerazione della rapidità con cui la ferita cicatrizzava e del ristabilito circolo per le vie naturali, s' applicò nel ventesimo giorno un brachiere elastico con pallottola concava al fine d' oppor un obice all' uscita delle fecce per la via insolita e per ravviare più presto la naturale *defecazione*. Cotesto compenso recò così buon frutto che nel termine d' una settimana la *defecazione* era ridotta allo stato naturale, superstite nella *località* un piccolo forame fistoloso da cui uscivan appena alcuni sprazzi di materie fecali liquide con un poco di gaz intestinale. Ai 28 del mese di luglio cioè un mese dopo l' operazione l' ammalato il quale era incalzato da una fame canina avendo fatto una corpacciata d' alimenti grossolani che s' era di soppiatto procurati, ritornaron in campo indizii minacciosi d' ingorgo intestinale con violenti dolori colici e con gagliarda febbre, i quali presto rimasero sedati dalla dieta, da cataplasmi mollitivi su il ventre e dà clisteri della stessa natura. D' allora in poi nessun nuov' accidente interruppe il buon andamento delle cose : di maniera che l' operato rimpatriò ai 22 d' agosto essend' in una condizione lodevolissima di sanità e di carnagione e nient' altro rimanendogli fuorchè la piccola fistola testè accennata ed ancor impicciolita con uscita di poco gaz intestinale e di pochissime fecce liquide. Un anno apresso continuava cotesta fistola, però così ridotta che il suo sbocco non era maggiore di quello d' un condotto stenoniano e le materie che n' uscivano, non superavano per approssimazione le venti gocce per giorno e così continuò per il corso di tre anni, ma su lo scorcio dell' 1849 in cui vidi l' operato s' era essa chiusa senza che ne fosse risultato alcun incon-

veniente, vacando l' operato agl' ordinarii affari del suo stato di contadino come prima dello strozzamento dell' ernia, e d' allor in poi più non lo rividi (Le notizie di questo caso furono registrate dal Dottore Fabbrizio Teppati).

Caso II. Fui nell' anno 1834 chiamato a visitare insieme con un distinto giovine Pratico, stato già mio Allievo, la denominata X dimorante in una villa piuttosto distante da Torino, la quale aveva avute ragioni di nascondere la sua gravidanza. Una merocele destra libera a cui era soggetta da alcuni anni si strozzò un giorno prima del parto e fu fors' anche causa della sua anticipazione. Stentato e laboriosissimo, l' atto del partorire durò tre giorni: s' effettuò ad ultimo ma l' ernia strozzata era riescita a cancrena. Nell' agitazione della febbre lattea raggravata da viva irritazione uterina e da gravi patemi d' animo il decidersi per l' erniotomia era al certo la cosa seria, pure non essendovi altro scampo fu forza acconciarsi alla necessità ed operarla. L' intestino era cancrenato in tutta la periferia per la lunghezza d' un buon pollice. Levato lo strozzamento con un' incisione piuttosto ampia, recisa la parte cancrenata e distaccato con taglio il mesenterio di contro gl' estremi intestinali superiore ed inferiore per poterli alquanto rovesciare in dentro, s' uniron insieme secondo il metodo consigliato da Lambert ch' io non riferirò qui, con cinque punti di sutura intercisa. Lasciata quindi in disparte l' idea di ridurre l' intestino, s' ebbe cura di respingerlo soltanto su il piano del cingolo strozzante e di ritenerlo su questo piano mediante i due estremi d' un filo fatto prima passare a traverso del mesenterio e fissati di poi ben all' esterno. Dopo ciò si avvicinaron i margini della ferita senza riunirli e si consigliò un energico metodo antiflogistico e sopral-

tutto ripetuti salassi dai piedi imperiosamente richiesti dal bisogno di spegnere il grave incendio preesistente all' erniotomia che da questa sarebbe stato second' ogni probabilità raggravato. Da quel tempo più io non rividi l' operata fuorchè dopo la sua guarigione, ma mi fu, per corrispondenza epistolare, riferito che, per l' evoluzione d' una grave metro-peritonitide, eransi dovuti praticare otto pronti salassi; che i fenomeni di strozzamento, sebben assai mitigati, durarono fin al principio del terzo giorno in cui, per l' allentamento della sutura o per la lacerazione de' tessuti, le materie intestinali s' avviarono tutte per la ferita; che al quinto giorno si levò il filo fatto passare a traverso del mesenterio perchè sembrava che valida fosse l' aderenza dell' intestino; che nel decimoterzo giorno essendo l' ammalata quasi apiretica, occorsero due esiti alvini stati favoriti da clisteri; che poco per poco s' erano le materie intestinali avviate tutte per le vie naturali, così che al ventesimottavo giorno la ferita era ridotta ad un semplice condotto che poteva appena capir un' ordinaria penna da scrivere, da cui uscivano poche materie intestinali liquide con gaz. Sette mesi dopo l' operazione essendosi la Signora X. a me presentata, riconobbi la permanenza del condotto fistoloso, però ristrettissimo. Un anno e mezzo dopo pareva all' operata ch' esso fosse del tutto chiuso, ma ella s' illudeva: però era il medesimo così ristretto che si provava difficoltà ad introdurre nel suo orifizio esterno uno specillo ordinario. Del resto l' operata era perfettamente ristabilita e d' allora in poi non ebbi ulteriori notizie di lei.

Caso III. Cotesto caso ragguarda ad un tale Giuseppe Chiaramello, cameriere, d' anni 32, dotato di costituzione robustissima, stato sottoposto all' erniotomia da un distinto Pratico, già mio Allievo, il Dottore

Favre Direttore sanitario dello stabilimento d' acque minerali di Courmayeur il quale da lunghi anni eserce con generale soddisfazione l' arte nella valle d'Aosta. L' erniotomia ebbe luogo ai 10 d' agosto dell' anno 1835 a Pré S.t Didier presso di Courmayeur e l' operato fu poi accettato nella Clinica ai 10 d' ottobre dell' anno 1837. Il Dottore Carlo Seggiaro, allora Allievo della Clinica ebbe l' incarico di raccogliere le notizie relative all' ammalato di recente accettato nella Clinica e quello pure di pregar in mio nome ed in nome della Scuola il Dottore Favre perchè gli piacesse renderci conto delle notizie anamnestiche in ordin al male primitivo del medesimo ammalato. Il Dottore Favre rispose gentilmente e con premura aver ai 4 d' agosto dell' anno 1835 veduto in Pré S.t Didier il citato malato affetto da bubonocele destra, in seguito a violenti sforzi ed all' abuso di bevande alcooliche, strozzata : i mezzi di riduzione essendo stati inutili ed i sintomi di strozzamento aggravandosi, aver egli ai 5 proposta l' erniotomia che l' ammalato rifiutò : un altro Dottore sopracchiamato a consulto avere fatto prevalere l' opinione dell' indugio : da quel momento fin alla sera dei 10 non avere più visitato l' ammalato : di nuovo chiamato allora, avere subito riconosciuti gl' indizii di cancrena, come flacidità e minore sensibilità del tumore, estrema piccolezza del polso, arti freddi, sudore freddo e viscoso nelle rimanenti parti del corpo, massima prostrazione generale, oltre ai vomiti frequentissimi di materie stercoracee : l' ammalato consentendo allor all' operazione, averla egli eseguita nella domane a buon' ora insieme con il Dottore Villot, un altro de' miei Allievi di cui è molto lamentata l' immatura morte : non appena aperto il sacco esserne uscito un liquido verdastro con gaz molto fetido ed

essersi di poi subito affacciata una porzione d' epipleon nera, flacida e coprente con il suo lato interno un' ansa intestinale, lunga due pollici, nera, avvizzita la quale, sollevata, s' offerse perforata in più luoghi della sua faccia posteriore presso il cingolo strozzante: previa una larga dilatazione del cingolo strozzante con il taglio aver egli in prima tirata fuori dal ventre per la lunghezza di sei pollici la porzione superiore o stomacale di quell' ansa la quale era di colore nero-violaceo e poco resistente, e poi l' inferiore od anale per la lunghezza di due pollici che si presentò pur essa dello stesso colore ma più resistente: avere dopo ciò recisa la porzione d' intestino cancrenata che era della lunghezza di tre pollici circa e che gli parve, giudicando dalla natura delle materie che n' uscivano, appartenere alla parte inferiore dell' intestino ileon. Scriss' egli inoltre e più minutamente mi confermò in un recente colloquio avuto seco lui, che unì i due estremi intestinali mediante sutura dopo avere per un piccolo tratto invaginato il superiore nell' inferiore alquanto rovesciato in dentro, indotto a così adoperare da un altro caso in cui con la sì fatta condotta aveva non solamente salvato dalla morte ma risanato un abitante di Courmayeur pur affetto da ernia strozzata e cancrenata; che aveva oltracciò fatto passar un filo a traverso del mesenterio e poi respinto l' intestino così unito in fondo della ferita; che con quella sutura essendo rimasti uniti gl' estremi intestinali dal solo lato del mesenterio e non dal lato opposto, le materie contenute nell' intestino uscirono poc' appresso tutte per la ferita; che con un pronto ed energico metodo antiflogistico fu fortunato di vincere la minacciosa entero-peritonitide preesistente all' operazione; che già la ferita erasi ristretta, l' intestino notevolmente ritirato e la *defecazione* per le

vie naturali in gran parte ripristinata con fondata speranza di ravviarla del tutto mediante un'adatta pressione, quando il proprietario dell'albergo non volendo più ritenere presso di se il povero operato, fu questi con massimo rincrescimento del Curante costretto farsi trasportar allo Spedale d'Aosta, da dove uscito dopo qualche tempo pressochè nello stesso stato in cui v' entrava, menò egli per due anni una vita grama e dolente e, per la sua miseria, non intraprese più alcuna cura diretta a vincere la sua fistola stercoracea.

Nel tempo della sua acccettazione nella Clinica i nove decimi delle materie intestinali uscivano per la fistola ed un decimo solamente per le vie naturali. Badando però al modo con cui era egli stato operato, il che ci risultava dalla storia stataci trasmessa dal Dottore Favre e badando altresì all' avvallamento della fistola la quale cosa faceva presumere che l'intestino si fosse ritirato nel ventre e che stasse assettato aderendovi alla faccia interna della sua parete, ci abbiamo formato il giudizio che la diuturna continuazione della fistola stercoracea fosse particolarmente derivata dall' incuria. Di fatto con le sole bevande temperanti, prese ancora con parsimonia, con clisteri ora mollitivi ora purganti, con un alimento asciutto composto nella massima parte di riso e con una blanda ma continuata pressione fatta con un brachiere elastico, vedemmo con grata sorpresa la fistola tendere con massima celerità alla chiusura e le materie ravviarsi per le vie naturali non altro uscendo dalla fistola fuorchè un poco di siero colorato dalle materie fecali. In mezzo a quest' ottimo indirizzo di cose espostosi a vicissitudini atmosferiche, l' ammalato rilevò una pleuritide costale la quale richiese cinque salassi per essere vinta. Richiamate quindi in uso le norme di vitto e di cura state omesse nel corso della pleu-

ritide ed aggiunti alcuni toccamenti con il nitrato d' argento, la fistola stava per raggiungere la totale cicatrice e fummo dolenti che l' ammalato, per urgentissimi affari di famiglia, abbia dovuto allontanarsi dallo Spedale due mesi dopo la sua entrata senzachè abbiamo avuta la soddisfazione di vedere confermata la compiuta e stabile guarigione.

In grazia del citato modo con cui gl' estremi intestinali furono fissati alla parte profonda della ferita non fuvvi in alcuno de' testè registrati casi ringorgo delle materie intestinali nella cavità del ventre. In tutti s' evitò l' ano artificiale, mentr' in due s' ottenne la guarigione totale o quasi ed in un operato rimase una sola fistola intestinale di pochissimo rilievo la quale dalla rapidità con cui si chiudeva lasciava fondata speranza di totale guarigione. Quest' evento per solito non si conseguisce quand' il Pratico sta contento al solo dilatare largamente l' intestino cancrenato od a recidere oppur a tagliare la parte cancrenata e poi a dilatare con il taglio il cingolo strozzante, giacchè in tali o somiglianti casi ha per lo più luogo la formazione d' un ano artificiale. Cotesta differenza pare mova da un lato dalla maggiore dilatazione che ne' casi sopra addotti fu con il taglio data al cingolo strozzante e, nelle ernie inguinali, anche al canal omonimo, e dall' altro dal non avere lasciati gl' estremi intestinali alla superficie della ferita ma dall' averli respinti nell' ima parte di questa per quanto potevasi ciò salvamente eseguire. È cosa per se evidente che se il cingolo strozzante non è ben allargato i due estremi dell' intestino che l' attraversano debbono star accollati l' uno all' altro, come le canne d' un fucile doppio, toccandosi non solo per qualche parte de' loro orificii e ciò non ancora sempre, ma pei lati per cui si riguardano. È ancora cosa per se evidente che, sebbene

questi estremi aderiscan alla porzione di peritoneo formante la radice del sacco ernioso e questo si ritiri per costituire, tuttochè non sempre, l' atrio membranoso di cui il modo d' evoluzione è stato così bene dilucidato da Scarpa, tuttavia tra per la distanza in cui sono dalla faccia interna delle pareti addominali quando son abbandonati alla superficie della ferita, tra per la giacitura parallela che hanno nel passaggio ernioso a cagione dell' angustia dello spazio e tra per le più estese aderenze che per la medesima ragione succedono ne' lati pe' quali si toccano, debbe quasi sempre succedere che lo sperone od angolo risultante dal loro contatto sia così acuto, così vicino al parallelismo che vietando il transito alle materie dall' estremo intestinale superiore nell' inferiore, queste deviino verso l' apertura esterna la quale si converte quasi sempre in un ano artificiale. Per ragioni a queste opposte è altresì evidente che, se il passaggio ernioso è bene allargato sì che i due estremi dell' intestino non siano cotanto strettamente fra se con corso parallelo ristretti e se più facil e più breve è il loro ritirarsi verso la superficie interna delle pareti addominali perchè furono con arte collocati nell' ima parte della ferita, meno estese saranno le coaderenze dei lati per cui si toccano e non si formerà o si formerà molto meno sporgente il citato sperone od angolo, epperciò le materie intestinali potranno facilmente ravviarsi per i loro naturali passaggi e non essere permanentemente deviate verso la ferita con consecutiva formazione d' un ano artificiale di cui la cura cruenta non è sempre possibile, nè sempre innocente quando possibile.

CASO DI MORTE

Per lacerazione della vena emulgente destra.

Se eccettuiamo le ferite delle vene emulgenti generate da armi da punta, da taglio o da proietti, non troviamo nella nostra Letteratura fuorchè pochissimi casi di lacerazione di quelle vene per causa contundente. M' induco quindi a fare conoscere il presente caso non tanto per ragione della rarità quanto ancora per alcuni suoi particolari degni d' essere notati.

Battista Prioli: contadino: anni 30: temperamento sanguigno-bilioso: costituzione forte ed atletica: abusatore di vino. Nella notte dei 14 ai 15 d' aprile dell' anno 1850 verso le ore due del mattino essendo sdraiato su d' un carro in istato d' ubbriachezza s' immaginò che il cavallo si fosse spaventato e s' alzò per rattenerlo ma, sonnacchioso ed ebbro qual era, stramazzò al suolo, rilevando una commozione della visceratura del torace e dell' addomine ed una grave ammaccatura delle pareti addominali e delle viscere sottoposte pel passaggio d' una ruota del carro su le medesime. Nella stessa mattina del giorno 15 verso le ore 9 offriva egli: prostrazione di forze: fisonomia alquanto scomposta: pochissima riazione febbrile: polsi lenti, non intestinali: addomine teso e duro con dolore particolarmente alla pressione della regione cecale e senza crampo o paresi alle estremità inferiori. Trasportato nel giorno medesimo alla Clinica gli si praticò un salasso generale, si coperse l' addomine con vesciche piene di ghiaccio, s' amministrarono bevande ghiacciate

e si prescrissero clisteri d' acqua pure ghiacciata. Nella notte dei 15 ai 16 si praticarono due altri salassi e si continuarono i mezzi in corso.

Stato dell' ammalato nella mattina del giorno 16. Tumidezza del ventre diminuita e circoscritta alla regione dell' intestino cieco : dolore tensivo e profondo nella regione cecale, crescente con la pressione : nausea : sforzi di vomito , anzi due vomiti di sostanza mucosa : alvo tuttora chiuso : polso non intestinale : sete : orina scarsissima e sanguinolenta ; risonanza nelle regioni elevate ed ottusità nelle basse dell' addomine. S' instituì la diagnosi di versamento sanguigno nell' addomine (continuazione dell' uso esterno ed interno delle sostanze ghiacciate : un altro salasso dal braccio : immobilità assoluta). Verso un' ora pomeridiana dello stesso giorno l' ammalato, messi in non cale i consigli dati, discese dal letto per restituire la materia d' un clistere d' acqua ghiacciata stata iniettata mezz' ora prima e fece gravi sforzi. Da quel momento s' aggravaron i già detti sintomi e s' aggiunsero : faccia ippocratica : polsi intestinali : ansia di respiro : sete : bocca asciutta : pelle secca e calda : aumento della tumidezza addominale e del dolore della regione cecale per la più moderata pressione, e tre ore appresso sopravennero l' agonia e la morte. L' assenza dei sintomi di flogosi cancrenosa da versamento di bile, d' orina , di fecce e la rapidità della morte dopo reiterati sforzi abbastanza palesavano che era essa derivata da versamento sanguigno stato prima ristagnato da coagoli e poi rinnovato, in seguito agli sforzi, pel distacco degli stessi coagoli. Con questo concetto ci accingemmo alla necroscopia la quale rilevò quanto siegue : *abito esterno :* ecchimosi sottocutanea in ambo i lati del torace, maggiore però nel destro che non nel sinistro : addomine timpanico e teso : estesa ecchimosi in ambe le regioni epicoliche ; anzi l' ecchimosi della regione epicolica destra era così intensa che segnava la traccia della ruota del carro trascorsavi sopra. *Torace*: frattura lineare della prima costa spuria destra in distanza di quattro linee dall' unione della sua porzione cartilaginosa con l' ossea : visibile

avvallamento della porzione cartilaginea della seconda costa spuria dello stesso lato. *Cavità delle pleure* : versamento di circa sei oncie di sangue in ambo le pleure. *Polmoni* : polmoni crepitanti e sani : lacerazioni delle pleure polmonari, in maggiore numero nella destra che non nella sinistra, superficiali però e non interessanti il parenchima de' polmoni. *Pericardio* : siero nel pericardio in quantità di due cucchiaiate : cuore alquanto voluminoso. *Addomine* : spargimento di circa dieci libbre di sangue liquido nella cavità del peritoneo, nella pelvi, fra le viscere e tra il fegato ed il diaframma. *Intestini* : intestini rossi per inzuppamento di sangue nella loro faccia esterna, il quale era maggior in corrispondenza dell' intestino cieco e dell' *hiatus* di Winslow : sana e bianca la loro interna superficie. *Mesenterio* : due leggiere calteriture nella sua parte superiore e lacerazione a tutta sostanza di forma ovale nella sua parte inferiore che poteva capir un uovo di gallina : quasi non infiammati i margini di cotest' innatural apertura. *Fegato* : leggiere ecchimosi con alcune superficiali attaccature nella sua faccia superiore. *Vescichetta biliare* : tutta coperta da una pseudomembrana sanguigna che si distaccò con facilità : ecchimosi leggiera nel tessuto celluloso che la unisce al fegato. *Milza* : così la milza com' il tessuto celluloso circondante compresi pure da lieve ecchimosi. *Reni* : varie ecchimosi sparse a guisa di ramificazioni nel tessuto celluloso del peritoneo involgente il rene destro : notevole ingorgo sanguigno a modo d'ecchimosi intorno alle piramidi dello stesso rene ; sano il rene sinistro. *Vena cava* : ecchimosi uniforme del tessuto celluloso circondante la porzione ventrale della vena cava : cotest' ecchimosi si diffondeva pure al tessuto celluloso circostante al rene destro ed a quello delle vene ipogastrica, iliaca e femorale destra : la stessa vena cava era stata per l'estensione di due pollici e mezzo smossa dalla sua nicchia naturale in cui perciò per una semplice trazione mostravasi molto più libera che non sopra e sotto : alcune scalfitture nella porzione di peritoneo coprente la vena cava nel luogo in cui l'emulgente imbocca nella medesima : la maggiore libertà di mo-

vimento della vena cava era appunto nello sbocco della vena emulgente destra: nella parte posteriore di cotesto sbocco osservavasi un coagolo sanguigno, grosso quanto l' apice del dito pollice, piuttosto consistente e precisamente in quel sito si riconobbe con lo specillo introdotto nella vena cava che la vena emulgente destra era stata violentemente lacerata a tutta sostanza: il superstite cercine d' impiantamento della stessa vena emulgente nella cava non aveva la larghezza d' una linea e mezzo (Le notizie relative a questa fattispecie furono scritte dal Dottore G. Piantanida).

Riflessioni.

1.º La morte fu il seguito dello stravasamento di sangue pel violento distaccamento della vena emulgente destra in massima vicinanza della sede dov' imbocca nella vena cava.

2.º È cosa per se chiara che l' emorragia succeduta nei primi momenti dell' accidente fu sospesa da un coagolo sanguigno che ha tappata la vena emulgente dal lato renale ed il suo troncincino ancor aderente alla vena cava.

3.º È cosa parimente evidente che il distacco di cotesto coagolo per gli sforzi fatti diede luogo ad una seconda emorragia interna che riescì fatale.

4.º La lacerazione della vena emulgente non derivò da causa diretta perchè le viscere poste in un piano anteriore alla medesima non offersero tracce di notevole lesione e perchè trovandosi essa in un piano inferiore a quello della parte anteriore della colonna vertebrale, non avrebbe potuta esser offesa direttamente dalla ruota del carro senza che cotesta colonna avesse offerte tracce di grave lesione, il che non era. È cosa probabilissima che la ruota del carro trascorrendo dal lato sinistro dell' addomine verso il destro, abbia, questo schiacciando ed allargando il diametro trasversale della sua cavità a spese dell' antero-posteriore, mandata la maggiore parte delle viscere mobili contro il rene destro il quale ne fu così violentemente

retrospinto epperciò scostato dalla colonna vertebrale che la vena emulgente rimase schiantata nella sua inserzione nella vena cava.

5.° Ma è parimente probabile ch' essa non siasi schiantata se non se dopo avere violentemente tirato il tratto di vena cava in cui s' imbocca : da qui nacque quella maggiore libertà di movimento che riscontrammo pel tratto di due pollici e mezzo nella stessa vena cava, dipendente dall' allentamento de' suoi vincoli cellulosi con le parti circostanti. Da quì presero la loro origine quelle scalfitture del tratto di peritoneo corrispondente alla vena cava dove la vena emulgente destra nella medesima s' imbocca.

6.° Finalmente le tante ecchimosi rinvenute nel rene destro si potrebbero forse dedurre da ciò che nell' intervallo di tempo in cui la lacerata vena emulgente rimase tappata dal coagolo sanguigno non avend' essa più potuto condur alla vena cava il sangue reduce dal rene mentre l' arteria omonima continuava a spingerlo, dovettero succedere travasamenti sanguigni tanto nella corteccia quanto nell' interno del rene.



DUE CASI
D' ESOSTOSI *SOTTUNGHIALE*

Del dito pollice del piede.

Quantunque un Chirurgo di Versailles il Signor André avesse fino dall' anno 1756 descritta un' esostosi sottunghiale di cui fece egli con felice successo la resecazione, si debbe però dire che cotest' argomento non ha più seriamente fissata l'attenzione d'alcun altro Pratico fin ai tempi di Dupuytren il quale meglio di tutti s' internò nella natura del male e nella sua cura mediante la recisione se molle è la base dell' esostosi, e della resecazione se dura. Io ebbi dieci volte a veder ed a curar il sì fatto male ed ogni volta ebbi occasione di confermare l' aggiustatezza delle opinioni del Dupuytren a questo riguardo. Nè per fermo sarei entrato in cotest' argomento se non avessi letto nel numero 5 della *Gazzetta Medica di Parigi* del volgente anno che il Dottore Lenoir stimò in un consimile caso d' amputare l' ultima falange del pollice anzichè di resecare l' esostosi. Per verità quest' è troppo. Così adoperando il Dottore Lenoir ha imitato colui che per mangiare pomi non trovò altro migliore spediente fuorchè quello di diradicare l' albero pomifero. Molti de' casi d' esostosi *sottunghiale* per me veduti e curati appartenend' alla mia pratica privata, io, consentaneo a quanto feci fin quì, questi tacerò per parlare solamente di quelli che occorsero su gl' occhi della Scuola e di questi ancora non riferirò, per amore di brevità, fuorchè i seguenti due casi.

Caso I. Luigia Bianchi : anni 20 : serva : nubile : temperamento sanguigno-linfatico : costituzione mediocre : nata da parenti sani : stata nell' infanzia soggetta a croste al capo le quali apparivano solamente nell' inverno e quindi svanirono da se, poi dall' età d' anni 8 sin ai 17 a cefalalgie gravative sovente ricorrenti ed alternanti con frequenti epistassi che erano di poco sollievo alla cefalalgia : comparve ai 17 anni la menstruazione : fu questa regolare ma scarsa. La sua comparsa scemò l' intensità e la frequenza degl' insulti di cefalalgia e scemò pure la frequenza dell' epistassi, ma non cessò del tutto nè un fenomeno nè l' altro appunto perchè troppo scarsa. Dai 17 anni in poi la Bianchi avendo fatt' uso di scarpe molto strette cominciò dopo sei mesi a provar una sensazione dolorosa sotto l' unghia del dito pollice del piede destro che le rendeva disagiato l' incesso: vide poi poco per poco sollevarsi l' unghia, difformarsi, spezzarsi, logorarsi e spuntare di sotto alla medesima un tumoretto non maggiore d' un pisello, bianchiccio, indolente per se, dolente alla pressione, il quale per gradi crescendo al volume d' una nocciuola rese stentatissima e dolorosissima la progressione : talmentechè si determinò ella di riparare alla Clinica operativa ai 27 di gennaio dell' anno 1846. L' unghia era distaccata dal suo lato interno e copriva ancora la parte esterna del tumor il quale era di figura semisferica irregolare, di base larga, aderente alla faccia superiore della falange, rosso ed esulcerato alla superficie e dolente all' azione del freddo, del caldo e del toccamento. Si recise la porzione d'unghia che copriva il contorno esterno dell' esostosi, poi con due incisioni semilunari è stata questa circoscritta in giro alla sua base la quale essendo ossificata fu resecata con una piccola sega. La riazione traumatica fu leggierissima e con blandissime e semplicissime medicazioni s' ottenne in 24 giorni la cicatrice e la compiuta guarigione. L' esostosi levata via era cartilaginosa in tutta la sua circonferenza e conteneva nel centro e presso la sua base un nocciolo di sostanza ossea areolare (Storia stata compilata dal Dottore Lorenzo Gianotti).

Riflessioni.

1.° Il Dupuytren si mostrò incerto nel determinare la causa del male: ma così in questo caso come in tutti quelli per me veduti m' è sempre risultato che la pressione d' ordinario per iscarpe molto strette, è da incolparsi quale causa producitrice. È questa pure l' opinione del Dottore Legoupil. Si spiega da ciò perchè generalmente le donne, soprattutto le giovani donne, vi siano più soggette ed anche ne' casi in cui ebbi la presunzione o la certezza che una causa lontana, celtica, scrofolosa, gottosa, un' abituale tensione morbosa del sistema vasale rosso per soppressi abituali filtri sanguigni o per mancante o scarsa menstruazione, come nel caso in discorso, avesse servito d' istradamento al male, vidi tuttavia l' evoluzione di questo essere sempre stata promossa da una dolorosa ed innaturale pressione locale.

2.° Il Dupuytren dava il consiglio di levare l' esostosi senza toccare l' unghia la quale è sempre sollevata, rosa, logora, alle volte rovesciata, e questo consiglio ho più volte potuto seguirlo, ma non sempre, giacchè è pur forza levare via prima l' unghia tutta od in parte quando, come nel caso di cui si tratta, essa copre ancora una parte del tumore.

3.° La natura di cotest' esostosi non è stata da Dupuytren definita, ma evidentemente è essa epifisaria e non parenchimatosa. Ciò prova la poca tumidezza della falange su di cui è innestata: ciò prova pure la sua natura areolare e non punto fibrosa come dovrebb' essere se fosse un' espansione dell' intimo tessuto della falange naturale: ciò prova altresì la facilità di potere diradicare tutt' intiera l' esostosi senza che rimanga perdita di sostanza nella medesima falange: ciò prova in fine la possibilità di sbarbarla con il gammautte senza bisogno di sgorbie o di seghe quando il periostio che ne forma la base non s' è convertito in sostanza ossea, ma sta ne' limiti delle formazioni cartilaginose.

Caso II. Teresa Michelio: sarta: anni 25: temperamento sanguigno: costituzione forte: sana fin ai 16 anni: a quest' età sinoca reumatica stata vinta con sei salassi: ai 20 anni febbri intermittenti state fugate con la china. Su i 23 anni per uso

di scarpe troppo strette e dure, le si rese dolente l' ultima falange del pollice del piede sinistro, sì che erale impedito il camminare e l' uso delle scarpe anche larghe. Poco stante vide alzarsi di sotto l' unghia un tumoretto duro che la sollevò. Fu allora recisa l' unghia fino contro alla sua radice e poi cauterizzato superficialmente il tumore con il caustico potenziale ma in vano, anzi con incremento del male. Ondechè stimò ella di riparar alla Clinica ai 20 d' agosto dell' anno 1845. L' esostosi era del volume d' una piccola noce, di forma quasi piramidale, in nessuna parte coperta dall' unghia; nel resto era molto analoga a quella dell' antecedente caso. Bramando io di riconoscere il valore comparativo della recisione e della cauterizzazione con il caustico attuale, la ho tutta bene cauterizzata fin alla base. Coperta quindi la parte con pannilini inzuppati nell' acqua ghiacciata, leggierissima fu la riazione traumatica. Del rimanente con blandissime medicazioni s' ottenne in 24 giorni una stabile guarigione ed insin il totale rifacimento dell' unghia (Storia stata compilata dal Dottore Biagio Gastaldi).

Riflessioni

Evidentemente l' esostosi fu in questo caso confusa con una unghia incarnata e la cura che le s' applicò con questa veduta, riescì dannosa. Fu alle volte con danno degl' ammalati confusa con una verruca sottunghiale o con malattie dell' unghia. L' esostosi in discorso ha però caratteri così distinti che la più semplice inspezione debbe bastar al Neopratico per sceverarla da coteste malattie di ben altra lega.

Benchè con il cauterio attuale io sia venuto a capo di guarire l' esostosi in quest' ultimo caso non credo però che sia da anteporsi alla recisione, perchè m' è paruto che la riazione flogistica locale non sia stata più intensa che dopo la recisione, ma di maggiore durata.

TRE CASI

DI

LUSSAZIONE POSTERIORE

Del solo cubito o di lussazione omero-cubitale posteriore senza spostamento del radio.

Stata per la prima volta osservata e descritta da A. Cooper, poi veduta da Sedillot e da alcuni altri, questa specie di lussazione move da una caduta su la palma della mano in cui la forza d' impulsione è piuttosto diretta verso l' interna parte o per l' effetto immediato della caduta o per la disuguaglianza del suolo; è alle volte associata alla frattura dell' apofisi coronoide; per lo più scompagnata da lussazione del radio, sebben in alcuni casi sia complicata ad un leggiero grado di spostamento in avanti od in dietro di quest' ultimo osso, e non conosciuta lascia dopo di sè per sempre incompiuti i movimenti dell' antibraccio. I suoi segni principali sono: 1.º per lo più dolore vivo dipendente dall' irritazione del nervo cubitale ed associato ad intormentimento de' due ultimi diti: 2.º flessione in diversi gradi dell' antibraccio: 3.º impossibilità de' movimenti di flessione e d' estensione dell' articolazione omero-cubito-radiale: 4.º continuazione del movimento di pronazione e di supinazione: 5.º accorciamento del lato interno dell' antibraccio ed abduzione della mano: 6.º deviazione interna della direzione dell' antibraccio su l' asse del braccio: 7.º aumento del diametro antero-posteriore della giuntura: 8.º tumor osseo nella piegatura del braccio,

formato dal condilo interno dell' omero : 9.º sporgimento dell' olcerano in dietro, minore però che nella lusssazione compiuta posteriore di tutti e due gl' ossi dell' antibraccio, e vie meno sviluppato ancora nei ragazzi in cui l' olcerano è naturalmente meno sporgente ; il che può essere causa d' errore nella diagnosi : 10. d' ordinario integrità dell' articolazione radio-omerale : 11. aumento della circonferenza del gomito.

Ho avute molte occasioni di veder e di curare la sì fatta lussazione nella mia pratica particolare e nella Clinica. È dessa più frequente che non si pensa. Per buona ventura può essere ridotta anche lungo tempo dopo la sua origine. Mi ricorda averla ridotta dopo sei mesi che era succeduta. La quale cosa è un grande benefizio, giacchè siccome d' ordinario le s' associa presto una grande gonfiezza della giuntura, avviene sovente che la non si possa conoscere se non se molti giorni dopo l' evento cioè quando la giuntura è sgonfiata. Lasciati in disparte molti altri congeneri casi per me in altri tempi veduti, di cui la descrizione mi trarrebbe troppo in lungo, io sto qui contento a citare con brevità tre casi di cotesta lussazione stati nella Clinica curati nell' anno Accademico 1850 e nel volgente, di cui la Scuola ha ancora fresca la memoria.

Caso I. Lucia Bologna di Gassino : anni 6 : sana e robusta : cadendo con la mano destra appoggiata al suolo verso il suo lato interno rilevò la lussazione posteriore del solo cubito od omero-cubitale posteriore : ricoverata nella Clinica ai 2 di settembre dell' anno 1850. Essendo la giuntura alquanto gonfia e dolorosa si praticarono per 24 ore bagnuoli freddi e si raccomandò l' immobilità assoluta dell' arto, e poi nel giorno consecutivo la lussazione fu ridotta. Avendo quindi continuato a disirritare la parte con l' applicazione di cose mollitive locali, uscì ella ai 21 del citato mese dalla Clinica perfettamente risanata.

Caso II. Giovanna Caldana dell' Abbadia di Stura : anni 11 : sanissima della persona e robusta : cadendo con la mano sinistra appoggiata al suolo verso il suo lato interno rilevò la me-

desima pur ora detta lussazione. Fu ella ricoverata nella Clinica nello stesso giorno in cui fu accettata l' ammalata dell' antecedente caso. La lussazione fu pure ridotta nello stesso giorno ed ai 21 di settembre 1850 uscì parimente dalla Clinica del tutto ristabilita.

Caso III. Cesare Chetto: anni 29 : forte costituzione: rilevò la lussazione omero-cubitale destra mentre trabalzato da una vettura appoggiò la mano al suolo. Provò nel momento dell' evento un vivo dolore alla piegatura del braccio ed udì distintamente un rumore come di scroscio. Non conosciuta la natura della lesione, fu medicata com' una semplice contusione con applicazioni fredde in prima e poi con cataplasmi mollitivi. In capo a 42 giorni si recò, non è ancora trascorso un mese, per un consulto alla Clinica dove riconosciuta quella lussazione, la ho subito ridotta. L' antibraccio ha già acquistati tutti i movimenti di flessione, ma rimane tuttora un poco di rigidezza nella giuntura a cagione appunto della maggiore diuturnità del male (Le circostanze relative a questi tre casi furono notate dal Signore Vago, Allievo del 6.° anno di corso della Facoltà Medico-Chirurgica).

Riflessioni.

1.° In tutti e tre i casi la causa della lussazione ed i sintomi e segni che la rivelavano furono quegli appunto di cui è stata fatta menzione in capo a questa scrittura.

2.° In tutti e tre nell' atto della riduzione della lussazione fu udito un rumore distinto così da me come dagli astanti e dagli ammalati ed in tutti, non appena ridotta la lussazione, potè l' antibraccio in prima rigido, piegarsi affatto su il braccio.

3.° In tutti e tre i casi il modo di riduzione fu questo. Mentre due assistenti praticavano l' estensione e la contrestensione, io teneva la mia mano sinistra su il condilo interno dell' omero e su l' olecrano. Nel momento in cui fui fatto accorto che il condilo ed il cubito eransi per l' effetto dell' estensione e della contrestensione

accostati al piano naturale della giuntura ho, non cessando di premere l' olcerano al basso, afferrato l' antibraccio nella sua estremità inferiore e lo ho per gradi piegato su il braccio. In questo modo la riduzione è favorita dall' azione stessa del muscolo bracciale e dal radio il quale appoggiando nella flessione dell' antibraccio contro il condilo esterno, respinge l' omero in dietro.



CASI

DI VERE FESSURE

Con ispasmo dell' ano,

guarite con la recisione.

Non vi ha alcuna persona dell' Arte che non sappia come siano stati contro a questa malattia vantati la cauterizzazione con caustici attuali e potenziali ; pomate mercuriali sole o con sostanze calmanti , come belladonna , solano nero , giusquiamo , oppio ; doccie fredde ; il collodion ; le iniezioni di decozione di ratania nell' intestino retto ; la dilatazione graduata degli sfinteri dell' ano ; i purganti ; la recisione sottocutanea dello sfintere ; la sua totale incisione ; la recisione della fessura , ecc. Con i mezzi incruenti e con i cauterizzanti testè citati sonsi per certo guarite molte fessure dell' ano : io stesso ho ciò più volte verificato con il fatto : ma debbo dire che, se la fessura è inveterata e veramente caratterizzata dai suoi speciali segni e sintomi, come dolori cocenti nell' atto della defecazione e dopo , ulcera superficiale, stretta e lunga, e contrazioni violente e dolorose dello sfintere senz' apparenza di vizio organico, il rimedio di tutti più certo è pure sempre l' incisione o la recisione. La quale cosa significa che con il generico nome di fessure dell' ano si comprendono malattie di diversa origine e di diversa essenza : che, sebbene la vera genesi della fessura dell' ano sia tuttora ignota , un grande divario passa però tra la medesima ed

altre tante fessure dell' ano da irritazione emorroidale o dell' intestino retto, da sudiciume, da causa erpetica, sifilitica, scabbiosa e simili, che non traggono dopo di se i fieri patimenti di quella e che nella nostra età guariscono bene sovente, come nelle età passate guarivano, con mezzi incruenti, con semplici unguenti, con blande pomate. Ritenendo dunque che pei tempi che corrono l' arte non può sempre passarsi nelle inveterate fessure dell' ano con ispasmo del tributo che le porgono l' incisione e la recisione, è prezzo dell' opera esaminare quale delle due sia da anteporsi. Con l' incisione consigliata da Boyer s' ottiene una guarigione certa ma è essa alle volte pericolosa. La recisione in vece proposta da Velpeau non è pericolosa, ma l' Autore pare diffidi alquanto della sua efficacia poichè, dopochè ebbe detto che aveva con la medesima risanati sei ammalati, s' affrettò d' aggiungere che in due de' medesimi *i quali non erano stati guariti compiutamente mai, la fessura s' era riprodotta.* Ora bene, per infondere nell' animo dello stesso Velpeau la fede che pare non aggiusti egli intiera alla sua idea, io debbo dire che vidi dieci volte successive l'operazione per lui ideata, sortir un esito compiuto e definitivo. E questi successi mi hanno riconciliato con Albucasi il quale consigliava di raschiare con uno stromento o con l' unghia le fessure dell' ano sin al sangue ed alla gonfiezza, e con Guido di Cauliaco e Dionis che raccomandavano di scarificarle. Evidentemente questi mezzi dovevan operare come la recisione a cui rimane però l' onore d' esser un' operazione più regolare.

Le precedenti considerazioni non ragguardano al colladion ed alle incisioni sottocutanee, giacchè le prove sin qui fatte non sono sufficienti per dare un giudizio su il loro intrinseco valore.

Ha la recisione sopra l' incisione il grande vantaggio d' essere di facile e spedita esecuzione, di pronta guarigione e di non interessare lo sfintere. Una volta messa ben allo scoperto la fessura non altro hassi da fare per renderne pronta la recisione fuorchè impiantar un uncino acuto una linea più in dentro della sua estremità rettale, poi farlo trascorrere rapidamente

con la punta rivolta all' esterno sotto la fessura ad una profondità non maggiore d' una linea, poi farne sortire la punta acuta una linea più in fuori della sua estremità esterna, poi, alzandone il manico, sospendere la fessura su la concavità della sua parte uncinata, poi ad ultimo con un gammautte retto, di lama stretta reciderla da una parte all' altra ed in tutta la sua lunghezza. S' introducono quindi alcune filaccica nella ferita e si continuano fin a guarigione quelle cure stesse che sono consigliate ne' casi di ferite semplici dell' ano da causa esterna.

Cinque dei dieci ammalati stati per me risanati dalla fessura all' ano con la recisione, appartenevan alla mia pratica particolare, fra i quali la Signora S. ch' ebbi a veder insieme con il Dottore Gioachino Valerio, e gl' altri cinque furon operati nella Clinica. Narrerò per la loro forma autentica i casi di quattro di quest' ultimi ammalati, nient' altro avendo su l' ultimo di questi casi incontrato ne' miei Diarii fuorchè indicazioni generali senza che abbia potuto, a malgrado delle più minute ricerche per me fatte nella Raccolta delle mie numerosissime osservazioni, recarmi in mano la storia circostanziata dalla quale furono ricavate quelle indicazioni.

Caso I. Chiaffredo Giordano: temperamento sanguigno-muscolare: costituzione molto energica: anni 45: soggetto nella sua gioventù a malattie infiammatorie, come artritidi consociate ad irritazioni cardio-pericardiche, reumatismi acuti, angine e simili, state vinte sempre con replicati salassi. Con il crescere degl' anni allentò la tensione del sistema arterioso ed entrò in predominio il sistema venoso in genere e più specialmente l' apparato venoso addominale, d' onde numerose e voluminose varici agl' arti addominali in prima e poi tumori emorroidali, lunghe e tenaci stitichezze e finalmente la fessura con ispasmo dell' ano. Già gl' incomportabili dolori che ne dipendevano, duravano da lungo tempo quando il Giordano si risolse di riparare alla Clinica operativa nell' anno 1841. Vista l' inutilità de' rimedii purgativi, rinfrescanti, calmanti locali che l' ammalato aveva già per lunghi mesi in vano adoperati, si praticò su-

bito la recisione della fessura la quale era collocata nel lato coccigeo dell' ano, nel modo stato sopra descritto, e ciò con tale successo che nello spazio di trenta giorni la ferita era del tutto cicatrizzata e non rimaneva più ombra del male il quale d'allora in poi non s' è riprodotto più mai. Non è superfluo ch' io dica che dopo il sesto giorno dall' operazione s' è messo l' ammalato all' uso interno dell' etiope antimoniale a dosi per gradi crescenti con la giunta d' una decozione di bardana e di dulcamara ch'egli fu consigliato di continuare dopo la sua uscita dalla Clinica (Le annotazioni di questa Storia furono registrate dal Dottore Balestra).

Caso II. Antonio S. : negoziante : anni 36 : temperamento sanguigno-bilioso: costituzione forte: stato nella sua vita passata soggetto a fugaci reumatismi acuti vinti con pochi salassi: stato pure nell' età d' anni 35 contristato per quattro mesi da uretritide blennorragica per guarire la quale fece egli misuso di rimedii balsamici ; per modo che l' uretritide blennorragica fu sostituita da uno stato irritativo-flogistico delle vie digerenti con sete , dispepsia, stitichezza, cociore nella *defecazione*, ecc. Con un appropriato metodo rinfrescativo cessò l' irritazione dell' estremità stomacale del tubo gastrenterico, ma non quella della sua estremità anale: continuarono soprattutto la stitichezza ed il cociore nella *defecazione* il quale fu ben presto seguito da fessura con ispasmo dell' ano rivelato, non più da cociori , ma da dolori pungenti. Per guarirne molti rimedii adoperò egli per più di dieci mesi ma indarno : ondechè si risolse di ricorrer alla Clinica dove fu ricoverato ai 5 di dicembre dell' anno 1845 e coricato in una delle camere dei pensionarii. La fessura occupava l' estremità coccigea dell' ano ed era superficiale , coperta , come solitamente , dalle pieghe della membrana mucosa , lunga sette linee circa, larga tre ed associata a spasmo incomportabile dell' ano. Ai 22 di detto mese gli fu praticata la recisione della fessura ed in venticinque giorni fu egli , risanato già , in caso di rimpatriare , non avendo mai più sofferto spasmo dell' ano e dolori prolungati dopo la *defecazione*, e seppi due anni dopo

che continuava a godere perfetta sanità (Le notizie relative a questo caso furono scritte dal Dottore G. Timermans).

Caso III. Angela Callera : anni 26 : nubile : serva : nata da genitori sani : parcamente menstruata : temperamento sanguigno: costituzione e sanità buone : non stata per il passato afflitta da alcuna malattia, salvochè dalla scabbia su i' 14 anni la quale scomparve con l' uso della pomata solforosa non lasciando più di se traccia alcuna. Avendo su i 20 anni fatto reiterato abuso di corniole fu assalita da tenace stitichezza per cui le fu per lo spazio di dieci giorni sospesa la *defecazione* ed al termine di questa le materie fecali erano divenute cotanto dure e voluminose che furono laboriosamente espulse ed il loro esito fu conseguitato per tre ore da cocente dolore e da tubercoli emorroidali. D' allora in poi continuò la stitichezza, aggravata ancora da que' tubercoli e dalla vita sedentaria a cui l' ammalata era molto inclinata e continuò pure dopo ogni atto di *defecazione* a manifestarsi un cociore maggior o minore con istillicidio d' alcune gocce di sangue. Visse ella in questo stato di dolore per quattr' anni cioè fin al 1845 e poi fece un uso quasi giornaliero di rimedii purganti e di bevande rinfrescative astenendosi rigorosamente da ogni sostanza stimolatrice per alimento e per bevanda, ma tutto in vano. Riparò allora alla Clinica operativa nel mese di febbraio dell' anno 1847. La fessura era per lunghezza, larghezza, profondità e sede pressappoco simile a quella del caso II. I patimenti di cui era causa ad ogni atto di *defecazione* eran insoffribili. Fu operata, previa l' eterizzazione, con la recisione e nello spazio di quaranta giorni prendeva congedo dalla Clinica perfettamente ristabilita, senza che d' allora in poi le sia più ricomparsa alcun' orma del passato male (Le notizie di questo fatto furono registrate dal Dottore Bona).

Caso IV. Giovanni Matteo Lombardi d' Alma : anni 55 : facchino : temperamento sanguigno-bilioso : costituzione forte : nato da parenti sani e padre egli stesso di numerosa e sana prole : non stato prima degl' anni 53 contristato da alcuna malattia, se s'eccettuano alcune intercorrenti odontalgie. Nel suo cinquan-

tesimoprimo anno cioè nel mese di maggio 1844 fece egli abuso di frutti, massimamente di ciriegie non isnocciolate, per cui dopo un laboriosisimo atto di *defecazione* gli comparve un piccolo stillicidio di sangue dall' ano con una mistura di cociore e di prurito che durarono per qualche tempo : scemarono cotesti fenomeni con un sanguisugio , con alcuni clisteri mollitivi, con blandi purganti , ma non si spensero del tutto mai, lasciandolo sempre nell' apprensione del ritorno del male. Il quale di fatto nell' autunno dell' anno 1847 ricomparve molto più grave con ispasmo dell' ano e con tutti i segni e sintomi caratteristici della fessura, e ciò in seguito a soverchia fatica e ad abuso d' uva. Tornati allora vani tutti i mezzi idonei a vincerla , fra cui due applicazioni di sanguisughe , ebb' egli ricorso alla Clinica su lo scorcio del mese di dicembre del pur ora detto 1847. Riconosciuto nella Clinica che la fessura aveva la sua sede nel lato coccigeo dell' ano ; che veementi n' erano i suoi segni caratteristici; che sana era nel resto tutta l' economia, s' ebbe subito ricorso dopo due giorni di riposo , alcuni clisteri mollitivi e bevande rinfrescative, alla recisione praticata nel solito modo sopra descritto , di cui il risultamento fu la cessazione del dolore , dello spasmo dell' ano ed una compiuta e stabile guarigione nel giro di 22 giorni : per guisa che l' operato fu, dopo qualche tempo di convalescenza e d' osservazione , in grado di dilungarsi dalla Clinica ai 22 del mese di gennaio dell' anno 1848 (Le circostanze relative a questo caso sono state notate dal Dottore Vincenzo Salio).

Dicendo che dopo la recisione scomparve sempre e prontamente ogni traccia di dolore ne' miei operati io ho in tutti i casi fatto allusione al dolore speciale della fessura e non già a quel leggiero e passeggiero cociore che succede per alcuni giorni in una soluzione di continuità recente e che permane fin a che non siasi questa messa nella via della riparazione.

OTTO CASI

Di resecazione degl' ossi mascellari per causa di degenerazioni fungose o cancerose od encefaloidee od osteo-sarcomatose, aggiuntavi la descrizione d' un' enorme esostosi delle pareti d' un seno mascellare.

Pongo su gl' occhi del Lettore alcune pagine lugubri del mio Libro. Ho sette volte resecato uno od ambi gl' ossi mascellari superiori, alle volte anche insieme con la parte orizzontale d'uno o d' ambi gl' ossi palatini, ed in tutti i casi vidi la riproduzione più o meno pronta del male e la morte consecutiva dell' operato. Ho una volta resecata una grande parte dell' osso mascellare inferiore e non fui più felice, benchè la perdita dell' operato non sia qui derivata dalla rigenerazione, altronde già principiata, del male. Sebbene poco o nulla io abbia da aggiungere alle cognizioni che si possedon intorno all' esecuzione dell' operazione, registro tuttavia qui in forma di sunto tutti cotesti casi in primo luogo perchè credo che gl' eventi improsperi illuminino forse più ancora che non i prosperi ed in secondo luogo perchè penso che il Pratico non avrà mai un filo regolativo, nè una base di pronostico di probabilità nei suoi grandi imprendimenti operativi finchè, per mancanza d' una statistica il più possibile esatta e desunta da un grande numero di fatti analoghi od identici, il suo animo nell' accingersi ai medesimi ondeggierà sempre tra speranza e timore su il loro risultamento. Ora bene, cotesta statistica approssimativa non s' avrà finchè non saranno ugualmente

registrati i casi favorevoli e gli sfavorevoli e finchè non si registreranno de' grandi imprendimenti operativi non solo gl' eventi pronti ma anch' i tardivi. Questo pensiero mi trascorre spontaneo all' animo ogni volta che leggo casi quasi quotidianamente consegnati nella nostra Letteratura d' affezioni fungose, scirro-cancerose, encefaloidee od osteo-sarcomatose pervenute alla totale loro evoluzione guarite con la resecazione della mascella senza più far alcuna menzione del ritorno del male, il quale, stando alla mia osservazione, debb' essere frequente, giacchè io non posso risolvermi a pensare che le affezioni di quella natura siano in Piemonte più truculente che nell' Inghilterra, in Francia, nel Belgio e via dicendo. Debbo però far un' eccettuazione la quale richiede che si premetta la distinzione di quelle malattie secondo che occorrono primitivamente nel margine alveolare dell' osso mascellare, od assalgono le pareti del seno o sorgono dall' interno di questo. Ho più volte vedute ed operate epulidi maligne della natura su menzionata anche con la resecazione parziale del margine alveolare dell' osso mascellare a cui erano circoscritte e tre volte con ampia spaccatura del seno mascellare senza che ne sia conseguitata la rigenerazione del male nei due anni successivi all' operazione in cui mi fu dato rivedere gl' operati. Dovechè lo vidi dopo l' operazione sempre rigenerato allorchè la sua sede primitiva era nelle pareti o nell' interno dell' antro, siccome lo vidi pure riprodotto in un caso in cui, benchè sembrasse aver avuta la sua sede primitiva in quel margine, era però già diffuso all' antro ed alle sue pareti. La ragione di questa differenza dipende second' ogni probabilità da ciò che nell' epulide maligna, visibile e formidabile per la sua esteriorità, pel suo fetore, pel suo continuo stillicidio di marcia ed intercorrente di sangue e per l' impedimento che induce subito nella masticazione, gl' ammalati hanno ricorso all' arte in tempo utile e nel bel principio del male, il quale altronde essendo di continuo irritato dall' aria, dagl' alimenti, dalle bevande, dalla masticazione, ecc. offre alle volte un aspetto di malignità maggiore della realtà. In quella vece che cosa osser-

viamo noi allorchè la malattia di rea natura assale primitivamente l' antro, specialmente il suo interno? Vediamo che per solito l' ammalato non ricorre all' arte o non rassegnasi ai suoi mezzi eroici quando questa potrebbe fors' esser utile cioè quando il male è appena incoato, alle volte non ancora doloroso e sospettato soltanto da qualche malattia delle parti adiacenti, ciò è il vacillar ed il cadere spontaneo d' alcuni denti od il molleggiare dell' arcata alveolare per un qualche tratto o la presenza di morbosi ricrescimenti di carne in uno o più alveoli od un abituale emorragia da una delle narici o qualche tumore sarcomatoso visibile nella narice ovvero sporgente nell' angolo maggiore dell' occhio e simili. Ma vediam all' opposto avere l' ammalato ricorso all' arte ed attuare volontieri i suoi dettami, tuttochè durissimi, allorquando il male ha preso un così grave incremento che non più dubbiosa rimane la sua pervicace natura cagionando con la sua diffusione e pressione l' assorbimento delle pareti ossee del seno, reso perciò tumido in tutte le sue direzioni cioè dal lato della guancia, dell' orbita, della bocca, del naso per lo più con istillicidio di lagrime o con fistola lagrimale per la compressione del canale nasale; con abituale spurgamento di fetida sanie dalla narice corrispondente; con grande difformità in cui si vedon il naso cacciato dal lato opposto, la guancia molto aggettata e l' occhio sporgente e deviato dalla sua direzione; con perforazione degl' ossi, per cui l' interna vegetazione, dopo aver ordinariamente distrutti gl' alveoli, cacciati fuori o scassinati uno o più denti, si fa strada al di fuori per qualcheduna delle citate sedi e penetra insino nel cranio (Mackensie e Sam. Cooper) a traverso della lamine orbitale dell' osso frontale e della cribrosa dell' etmoide. In questi ultimi stadii del male eran appunto gl' ammalati per me operati nei quali il male si rigenerò. In questo come in tanti altri argomenti l' Arte operativa ha per certo superate grandi difficoltà, ideati stupendi imprendimenti, modificati utilmente i già esistenti, reso di facil esecuzione ciò che, già tempo, sembrava, non che impraticabile, intentabile, ma è un gran danno che fin qui

sia ella impotente a riconoscer e ad annientare l' effigie patalogica interna generatrice e fomentatrice di quelle orrende località contro di cui s' è arricchita di tanti mezzi operativi. Per ogni verso singolarmente degna è l' Arte attuale di cotesti elogi se si mette a paragone con i suoi anteriori concetti molto più imperfetti. Effettivamente si pretendeva ai tempi andati il migliore partito per isvellere le dette affezioni di rea natura aventi sede nell'antro essere quello di spaccar ampiamente la sua parete anteriore per lo più ammollita, previa un' incisione che dalla commessura de' labbri s' estendesse verso la tempia, poi di levarle via ad un tratto o per istrati con il gammautte ordinario o con il bottonato o con uno scalpello ottuso o con il cucchiaio di Bartisch o con qualche altro strumento appropriato al caso; poi di consumare con il caustico alcuni avanzi che la recisione lasciava per solito dopo di sè. Fra i caustici poi i minerali, com' il butirro d' antimonio, il nitrato acido di mercurio ed altri su quest' andare, avvegnachè per la prossimità dell' occhio più sicuri, si postergavano però al cauterio attuale. Tuttavia se la Storia dell' Arte ha registrati alcuni casi di guarigione ottenuta con il cauterio attuale dopo che erano stati vani i caustici potenziali, i fatti di Beniamino Bell, Liston, Guthrie e di tanti altri Pratici hanno, contrariamente a quelli di Garengeot, Acoluthus di Breslavia e Desault, disgraziatamente dimostrato che per lo più vane erano quelle pretensioni, perchè da un lato così assalite le affezioni di rea natura dell' antro quasi sempre si riproducevano e perchè dall' altro eran esse ne' più de' casi congiunte con un' estesa osteosarcosi delle pareti del seno. Nè più utile riescì alla prova la pratica di Desault, stata ancor alla nostra età da un Italiano seguita (*Annali di Medicina Universale d'* Annibale Omodei v. 39), la quale consisteva nella spaccatura dell' antro mascellare dalla parte della bocca per estrarne il tessuto morboso entro contenuto. Ora bene facciasi la falsa supposizione che le malattie di pessima natura di cui è discorso siano locali, non riproducibili, non dipendenti da universale malsania epperciò sanabili con i soli mezzi operativi locali, chi non vede che ai

fin qui detti già tempo adoperati sono di lunga mano preferibili gl' attuali compensi operativi consistenti nella regolar e metodica resecazione parziale o totale d' uno o d' ambo gl' ossi mascellari? Siamo di questi progressi debitori a Gensoul di Lione (1) il quale avendo da un lato applicati a quest' operazione i principii che tutti i migliori Pratici credono più utili e più razionali nel levare da altre sedi del corpo tessuti infetti, supponiamo una mamma cancerosa, ciò è di fare le incisioni intorno alla base del male per modo che cadano su le parti sane, ed avendo da un altro lato considerato che le pareti dell' antro compartecipano quasi sempre del male nato nel suo interno ed all' opposto, consigliò con ragione, quand' è questo inveterato ed esteso, di resecare tutta la mascella anzichè di stare contenti ad aprire l' antro, poi a votarlo dai tessuti morbosi e poi a cauterizzare gl' avanzi ovvero a levare via solamente la porzione di parete visibilmente infetta.

Con tutto ciò se noi ammettiamo volontieri che la resecazione della mascella considerata nella sua esecuzione e nella finitezza del suo meccanismo è da anteporsi di lunga mano a tutte le altre pratiche sopra accennate, torniamo però a ripetere che considerata nelle sue sequele non può neppur essa evitar il rimprovero fatto alle altre pratiche di non impedire la riproduzione del male, siccome si ha di ciò una prova ne' seguenti casi.

Caso I. Il farmacista Domenico Rost., d' anni 47, nativo di Carmagnola e da più anni abitante a Boves, dotato di temperamento linfatico-sanguigno, di costituzione piuttosto robusta, basso di statura ed offrente alcune leggiere tracce di rachitide sofferta nell' infanzia, fu accettato nella Clinica Operativa ai 2 di settembre dell' anno 1838 per un voluminoso tumore occupante la maggior parte della guancia sinistra, associato a tumore ghiandoloso sottomascellare mobile e del volume d' un uovo di gallina. Fu nell' infanzia e nell' adolescenza soggetto agl' acciacchi

(1) Sur quelques Maladies graves du Sinus Maxillaire.

soliti ad occorrer in chi è dotato di temperamento linfatico, come pedignoni, dermitidi crostizzanti al capillizio, ingorghi ghiandolari in più sedi del corpo, i quali lasciarono tracce di se anche dopo la pubertà. Del resto non fu mai travagliato da malattie di rilevo se si eccettuano due blennorragie uretrali nell' età di diciotto a vent' anni, le quali furono piuttosto benigne e svanirono con i soli compensi antiflogistico-mollitivi. Viveva una vita assai laboriosa esponendosi sovente alle vicissitudini atmosferiche, soprattutto al freddo-umido, ed eccedendo anche alle volte nell' uso del vino. Su lo scorcio del mese di novembre dell' anno 1837, quarantesimo sesto della sua età, dovend' egli, al fine d' accudire a lavori di campagna, recarvisi giornalmente, non solamente vi si fermava per lunghe ore in luoghi molto umidi e malsani, ma s' esponeva altresì a ripetuti raffreddamenti di corpo dormendo eziandio qualche volta in luoghi, pel rigore della stagione, affatto improprii. Cominciò in questo mezzo tempo a provare qualche doloruzzo in corrispondenza dei denti canini della mascella superiore dal lato sinistro, precursore d' un tumoretto che poco stante comparve accompagnato da senso di peso. Trascurato in prima per molti mesi, poi reciso e cauterizzato, cotesto tumoretto svanì per alcuni giorni e quindi ricomparve più rigoglioso e più dolorante di prima. Assicurato allora che il male derivava da un dente carioso, di cui l'estrazione con qualche blando compenso terapeutico ne l' avrebbe liberato, l' ammalato lasciò inoperoso trascorrere molti mesi e frattanto essendosi i dolori resi più acuti e lancinanti con agitazione continua, notti affatto insonni, febbre gagliarda, disappetenza, fu egli finalmente costretto a sollecitare la sua accettazione nella Clinica operativa, essendo nel seguente stato: guancia sinistra rialzata da un tumore voluminoso quanto un uovo di gallina, collocato in corrispondenza della parete anteriore del seno mascellare ed accompagnato da dolori profondi e lancinanti in tutte le direzioni del seno medesimo: la narice corrispondente compiutamente turata: fisonomia abbattuta dal dolore: grosse e doloranti alcune ghiandole sottomascellari e cervicali sinistre,

una anzi di queste èra durissima e voluminosa quanto una grossa noce, ma mobile: molleggiante il margine alveolare sinistro quasi in tutta la sua estensione: pur essa alquanto molleggiante ed abbassata la lamina palatina dell' osso mascellare: palpebra inferiore alquanto edematosa: stillicidio di siero, muco e pus dalla narice corrispondente: ptialismo abbondante: labbro superiore tumido e bocca alquanto distorta: dolori lancinanti nel tumore: notti insonni: grande agitazione: febbretta verso sera. L' applicazione d' un blando unguento con estratto idralcoolico d' atropa belladonna su il tumore e su le ghiandole sottomascellari e cervicali, il riposo e la dieta minorativa, le bevande rinfrescative, l' uso interno dell' estratto di giusquiamo a dosi piuttosto generose scemaron in venti giorni notevolmente i dolori e fecero svanire le citate ghiandole, compresa la più grossa di tutte la quale erasi ridotta a pochissimo di cosa. Nulla più opponendosi all' operazione, nella mattina dei 2 del citato mese, previa un' incisione che dalla commessura sinistra de' labbri si prolungava in su verso la tempia, ho potuto metter bene allo scoperto tutta la base del tumore e con seghe, sgorbie e maglietti resecarlo esattamente, levando via quasi tutto l' osso mascellare sinistro, compresa una grande porzione della sua lamina orbitale. Ed avvegnachè i tessuti circoscriventi l' ampia ferita dessero pochissimo sangue e si mostrasser in condizioni di sanità, non per questo, memore della facilità con cui le sì fatte malattie si rigenerano, gli ho nella massima parte cauterizzati con il ferro rovente: riempito quindi il cavo della ferita con un molle batuffolo di filaccica secche, ho riunito la ferita della guancia con cinque punti di sutura attorcigliata, rafforzati da listerelle emplastiche. Esaminand' il tumore vedemmo il suo fondo pieno di carni fungose e le sue pareti degenerate come succede negl' osteosarcomi. Mitissima ne' due primi giorni dall' operazione, la riazione traumatica insorse e continuò nel terzo e nel quarto giorno con un qualche grado di forza, sì che si dovettero praticare due salassi. All' ottavo giorno, essendo già svanita la febbre, tranquille le notti, levati gl' aghi della su-

tura, riunita la ferita cutanea ed in grande parte deterso il suo fondo con iniezioni acquose, occorse senza causa manifesta un flemmone acuto piuttosto esteso dal lato opposto in corrispondenza della terza e quarta vertebra cervicale, il quale superato con l' aiuto di cataplasmi mollitivi ed aperto con la lancetta diede una mediocre quantità di pus con sollievo notevole dei dolori della parte operata e poi guarì del tutto verso il ventesimo giorno del citato mese di settembre. Da questo tempo sino in fine d' ottobre cessarono del tutto i dolori nella parte operata, la ferita si richiuse quasi del tutto, ritornarono l' appetito ed il sonno e l' ammalato riprese carnagione, s' alzava, passeggiava e sperava vicina la sospirata guarigione; se non che a mano che si richiudeva la ferita le ghiandole sottomascellari e cervicali cominciaron a diventar alquanto dolorose e più vistose di prima: per la quale cosa s' ebbe ricorso all' uso interno dell' estratto idralcoolico di cicuta ed ai preparati iodici; questi s' adoperarono pure per uso esterno: ma tutt' in vano, chè nei primi giorni del mese di novembre cominciò l' operato a lagnarsi nuovamente d' un senso di pienezza e di dolore nella sede operata e ciò soprattutto verso sera, per cui turbati furon un' altra volta i suoi sonni, ed esaminata la bocca si rinvennero nel fondo della ristrettissima breccia carni fungose, sanguinanti con molta facilità e s' ebbe la certezza della riproduzione del male. Per secondar il desiderio dell' operato anzichè nella fiducia di essergli utile si prescrissero collutorii d' una soluzione di cloruro di calce e l' uso interno del colomelano unito all' estratto idralcoolico di cicuta in dosi generose. Si persistette nell' uso di cotesti compensi per lo spazio di quindici giorni, a capo dei quali occorse una diarrea moderata che, sospesi i rimedii in corso, fu vinta con la decozione di tamarindi edulcorata con il sciroppo di gomma arabica. Frattanto non essendovi alcun altro mezzo per impedire l' ognora crescente riproduzione del male fuorchè il ferro ed il fuoco, ai 28 del citato mese di novembre si diradicò con un forte scalpello il morboso ricrescimento delle carni senza spaccare di nuovo la parete della bocca e si cau–

terizzarono quindi profondamente il fondo ed i dintorni della ferita con più cauterii candenti. Tuttochè la riazione traumatica sia stata moderata, le nominate ghiandole sottomascellari e cervicali gonfiarono però notevolmente; per lo che ai 7 di dicembre s' ordinarono due successive applicazioni di mignatte da cui derivò un vistoso miglioramento, resosi ne' giorni successivi di più in più sensibile mediante collutorii mollitivo-torpenti, unzioni di pomata di veratrina alla pianta de' piedi e blande unzioni di pomata d' idriodato di potassa su le stesse ghiandole; per modo che su lo scorcio del mese di dicembre era il malato di nuovo molto migliorato, vistosamente scemata la gonfiezza ghiandolare e tendente alla cicatrice la soluzione di continuità della bocca. Lagnavasi egli però di soffrire di tratto in tratto doloruzzi nella guancia con brividi verso sera; il che lasciava temere un prossimo ritorno del male. Ed effettivamente, su i primi giorni del mese di dicembre la guancia s' offriva di nuovo più tumida e più dolente, erano cresciute nuove carni fungose nella già ristretta soluzione di continuità della bocca e quella fra le ghiandole sottomascellari che era fino dal principio più dura e più dolorosa, crebbe prontamente conservando la sua mobilità al volume d' un uovo di gallina, mentre quasi del tutto svanite erano le altre ghiandole sottomascellari e cervicali, state sempre più piccole. Si propose all' ammalato una nuova cauterizzazione della località della bocca e la recisione simultanea della superstite ghiandola sottomascellare, ma egli si rassegnò a quella che fu eseguita ai 4 di gennaio 1839 con cauterii roventi, ma respinse quest' ultima nella speranza che fosse per dileguarsi da se, illuso da ciò che qualche tempo prima erasi dessa già molto impicciolita. Ciò non ostante vinta la riazione traumatica che fu leggiera con la dieta, con il riposo, con le bevande di decozione di tamarindi e poi applicate quattordici mignatte nei dintorni della ghiandola tumefatta, l' operato riprese un sensibile miglioramento così nella costituzione, come nella località della bocca, s' alzava e passeggiava una grande parte del giorno, prendeva e digeriva bene una buona dose d' alimenti, era api-

retico e libero da dolori, superstite però sempre la più volte citata ghiandola sottomascellare. Durò questo stato di miglioramento sin ai due di gennaio, nel quale tempo la tumidezza della ghiandola s' avviò a nuovo progresso, ritornarono carni escrescenti in bocca e le notti cessarono d' essere tranquille, tuttochè l' ammalato fosse apiretico, quasi privo di dolori e conservasse buon appetito. Riproposi allora una nuova cauterizzazione della località della bocca e la simultanea recisione della ghiandola, ma l' ammalato a cui stavano da qualche tempo molto a cuore alcuni urgenti affari di famiglia e non andava a talento la recisione della ghiandola, si dilungò a mia insaputa dalla Clinica nel penultimo giorno di gennaio 1839. Seppi di poi che alcuni mesi appresso fu egli vittima del medesimo male riprodottosi in un modo orrendo così nella bocca come nelle ghiandole del collo (Storia stata redatta dal Dottore Stecchini).

Caso II. Il contadino Giuseppe Antonio Pautasso da Carignano, d' anni 50, di temperamento bilioso-sanguigno e di forte costituzione fu ai 20 di marzo 1838 accettato nella Clinica operativa per esservi curato da fungo dell' antro d' Igmoro associato ad osteosarcosi delle sue pareti. La vita sua contadinesca che l' esponeva di continuo alle vicissitudini atmosferiche ed ai disagi ed abusi del lavoro, aggiuntovi il clima freddo-umido del suo paese, lo resero nel quarantesimo anno soggetto a febbri intermittenti le quali, dopo quattro mesi di corso, furono vinte con i preparati di china, e più volte a dolori reumatico-artritici in più parti del corpo, specialmente negl' arti inferiori che lo travagliaron in ispeciale guisa nell' età sua di 16, 27 e 45 anni. Di cotesti insulti dolorosi i due primi sofferti all' età di 16 e poi 27 anni, furono moderati ma l' ultimo riescì intenso, tenace, lungo e lasciò dopo di se una morbosa dilatazione delle vene delle estremità inferiori con edema delle medesime, intorpidimento, capogiri, svolazzi calorosi e sanguigni alla testa, turbazione delle funzioni digestive, ecc. Fu egli pur all' età di 39 anni assalito da un'odontalgia che fu facile e pronta a svanir ma che si rinnovò ben presto accompagnata da gengivitide

acuta e grave per cui gli si dovettero diradicare alcuni denti. D' allora in poi cotesti mali di denti non lo lasciarono tranquillo e non passava anno, anzi non passava mese senza che più o meno gravi e tenaci facessero mostra di se. Nell' autunno poi dell' anno 1837 la gengivitide s' accese così intensa e contumace che non fu, al dire dell' ammalato, mezzo a poterla superare: il che vuole dire che non si trattava più di sola gengivitide ma che era già incoata una grave malattia dell' antro, quella stessa che cinque mesi dopo lo condusse alla Clinica operativa dove riconoscemmo quanto siegue: guancia sinistra considerevolmente tumida, rossa, tesa, calduccia: occhio di quel lato socchiuso: labbro superiore tumido esso pur e quindi alquanto distorta la bocca: un poco di fluttuazione nella radice della palpebra inferiore: il naso spinto alquanto a destra: un foro fistoloso nella gengiva corrispondente al terzo dente molare sinistro superiore che erasi fino dal principio del male spontaneamente smarrito: dolori lancinanti fierissimi: ptialismo abbondante: digestione piuttosto difficile: orina abbondante e rossiccia: defecazione scarsa. Prima del suo ingresso nella Clinica uscì più volte sangue e pus dalla narice sinistra, non che dal foro esistente nella gengiva. Anche dopo comprimendo con la mano la guancia sotto il margine orbitale inferiore esciva pus con istrisce sanguigne dal foro della gengiva. Introdotto lo specillo per questo foro nel seno si toccava un corpo duro che sanguinava con facilità. Nulla dalla parte del palato: nissuna ghiandola tumida nelle parti circostanti. Non rimanendo alcun dubbio che si trattasse qui d' un incorreggibile degenerazione fungosa dell' antro d' Igmoro ed osteosarcomatosa delle sue pareti, si pensò subito a preparare con bagni tiepidi, con collutorii mollitivi, con opportuno vitto, con bevande attemperanti, con l' uso interno ed esterno di sostanze torpenti, l' ammalato all' operazione la quale fu ai 6 d' aprile eseguita, sotto i miei occhi e presente la Scuola, dal Dottore Stecchini, allora Allievo del quinto anno. Non mi dimorerò in dire dell' atto operativo il quale punto non variò da quello adoperato nell' ammalato dell' antecedente caso.

Si riscontrò nel pezzo patologico la degenerazione fungosa dell' interno del seno con osteosarcosi delle sue pareti, questa però molto meno vistosa che non quella. Fu necessaria la legatura dell' arteria trasversale della faccia e della mascellare esterna. Grave non fu la riazione traumatica. La dieta fu rigorosamente osservata. Si praticarono medicazioni giornaliere con filaccica intrise nell' acqua tiepida ed introdotte nel cavo morboso, previa l' iniezione del medesimo con acqua pure tiepida, soprapponendo flaccica spalmate d' un molle unguento rinfrescativo su la ferita della guancia. Quest' ultima guarì con somma facilità. Il cavo della ferita andò pur ogni giorno più detergendosi e con l' uso d' un più largo vitto l' operato andava altresì ricuperando le sue forze e tutto faceva sperar una buona e felice riescita, quando verso lo scorcio del mese di maggio s' infiammarono vivamente per cause probabilmente comuni alcune ghiandole delle regioni paratidea e giugulo-sottomascellare sinistra, per cui si dovette avere ricorso a tre salassi ed all' applicazione di cataplasmi mollitivi. Tuttavia anche questa tumefazione la quale mise in forse la vita dell' ammalato si sedò ed in pochi giorni s' ottenne una calma assai soddisfacente: ma il malignante lavorio morboso s' era ridestato e progrediva celere, quando addì 1 di luglio l' ammalato prescelse di rimpatriare anzichè sottoporsi ad una nuova operazione di cui io gl' aveva suggerita la necessità. Seppi di poi ch' era egli stato vittima dello stesso male (Storia redatta dal Dottore Rapetti).

Caso III. Ai 2 di maggio dell' anno 1840 fu accettata nella Clinica operativa la serva Susanna Benasco, di temperamento sanguigno, di forte costituzione e nata da parenti i quali non ebbero mai a soffrir alcuna malattia fuorchè frequenti odontalgie di cui pare sia stata in essa lei trasmessa la disposizione ereditaria. La menstruazione comparve ai 18 anni e fu sempre regolare. Prima di quest' età non andò ella soggetta ad alcun altro male se non se a frequenti adontalgie. Rilevò ai 22 anni, in seguito a raffreddamento di corpo, una gengivitide grave riescita alla suppurazione in corrispondenza dei denti molari del

lato sinistro della mascella superiore, i quali rimasero alquanto vacillanti. Da quel tempo fin all' età d' anni 38 non andò soggetta ad alcun altro male fuorchè a frequenti iperemie e flogosi gengivali avventizie. Principiò nel trentesimo ottavo anno cioè nel mese di novembre dell' anno 1839 a soffrire dolori lancinanti, profondi e frequenti nell' antro d'Igmòro sinistro, i quali per la loro acutezza davan a divedere che una grave condizione morbosa ordivasi in quell' antro. Di fatto due mesi appresso si mostrò esso uniformemente tumido, massimamente dal lato del palato, illese ancora le parti molli circostanti. Frattanto il tumore ed i dolori crescendo ognora più ed essendosi aggiunto uno scolo siero-sanguinolento dalla narice sinistra e più altri incomodi, l' ammalata dopo trascorsi altri tre mesi nell' aspettazione riparò alla Clinica operativa essendo nelle seguenti condizioni di cose: dolori frequentissimi e fierissimi nella guancia, nei labbri superiore ed inferiore, nell' angolo interno dell' occhio, su il dorso del naso ed in altre parti circostanti: la parte sinistra dell' arcata alveolare gonfia, dura, alquanto dolorante alla pressione, molto sportata oltre al piano naturale e priva di denti i quali erano spontaneamente crollati: la corrispondente arcata alveolare della mandibola inferiore offrente pur essa pochi e vacillanti denti, irregolarmente quà e là impiantati: doloroso lo scostamento delle mascelle e così circoscritto da permetter appena l' introduzione del dito indice in bocca: notevole sporgimento e molleggiamento della lamina palatina dell' osso mascellare: molto impedita la masticazione e quasi libera la deglutizione e la pronunzia: assai tumida la lamina orbitale del medesimo osso: vie lagrimali illese: da un mese cessazione dello stillicidio dalla narice e da quel tempo notabil incremento de' dolori e rapida dilatazione delle pareti del seno verosimilmente per la stasi nel medesimo di maggiore copia d' umori morbosamente separati: comparsa da alcuni giorni d' un foro capace d' ammettere una penna da scrivere quasi nel centro del palato, da cui stillava un icore fetente. Visto che il male era d' indole osteosarcomatosa e fungosa e che si sarebbe vanamente sperato di vincerlo

con mezzi incruenti, con il fine di sedar alquanto gl' immani dolori s' ebbe per qualche tempo ricorso ai mezzi calmanti, com' alle applicazioni locali delle preparazioni di giusquiamo, di belladonna, di morfina ed all' uso interno del tridace, dell' estratto di giusquiamo, delle preparazioni oppiate, e poi ai 2 di giugno, cioè un mese circa dopo l' accettazione dell' ammalata si fece in presenza della Scuola la resecazione di tutto l' osso mascellare contaminato mediante la sega, la sgorbia ed il maglietto incominciando dal punto d' unione dei due ossi mascellari e poi successivamente in giro fino al totale distaccamento, e ciò previa un' incisione che dalla commessura sinistra de' labbri si dirigeva verso la tempia corrispondente con cui fu possibile formar un vasto lembo e mettere bene allo scoperto la parte lesa. Le pareti della superstite ampia ferita s' offrivan in condizione di sanità: pendeva nel cavo della medesima una lunga porzione del nervo infrorbitale che fu subito recisa con ben affilate forbicine. Non occorse emorragia fuorchè dall' arteria mascellare esterna che venne tosto fermata con la legatura. Fatta quindi con molli filaccica una blanda riempitura del cavo della breccia, si riunì la ferita esterna della guancia con la sutura attorcigliata. Esaminata la parte resecata, la parete anteriore del seno s' affacciò dove della consistenza d' una cartilagine e dove di consistenza lardacea ma ovunque di colore giallastro; del tutto scomparso dal centro del tumore resecato, il tessuto osseo si rinvenne in condizione di sanità solamente verso la periferia a modo quasi di guscio osseo appena spesso due o tre linee: era il seno riempito da un tumore del volume d' un uovo gallinaceo, del peso di tre oncie, bernoccoluto, fungo-lardaceo il quale nell' interna parte si spingeva verso le narici posteriori turando l' ampio e morboso orifizio di comunicazione dell' antro con la corrispondente fossa nasale. Aderente alla parte levata via era anche la porzione dell' osso zigomatico sinistro connessa con il processo zigomatico dell' osso mascellare, la quale era pur essa già ridotta allo stato di tessuto fibro-cartilagineo. Degenerate in tessitura fungo-lardacea eran altresì tutte le parti molli circondanti

l' osso resecato, come periostio, vasi, tessuto celluloso, membrana mucosa, ecc.

Si consigliò dopo l' operazione l' applicazione di vesciche piene di ghiaccio su la parte operata e la dieta rigorosa. Leggiera nell' universale, l' insorta riazione traumatica fu piuttosto intensa nella località e con forma di risipola che con due soli salassi era nel settimo giorno dall' operazione svanita, lasciando però dopo di se tal un edema nella palpebra inferiore sinistra che questa offrivasi allora e s' offerse costantemente in appresso come una vescica piena di siero. Levati al terzo giorno dall' operazione due aghi ed al quinto i rimanenti, si rinvenne riunita la ferita della guancia. Il cavo della ferita tutti i giorni reiteratamente lavato e medicato con l' introduzione di filaccica inzuppate in un liquido mollitivo andava pure per gradi migliorando e restringendosi, ma il testè citato edema della palpebra, benchè reiteratamente punto sempre scemasse nelle prime ventiquattr' ore dalla puntura, ritornava però sempre in appresso al suo primo volume, se non maggiore: nè valsero a risolverlo la compressione e l' applicazione d' un sacchetto pieno di polvere di camomilla e di canfora. Frattanto su il principio di luglio vedemmo con cordoglio nuove carni di cattiva natura, sorgere dal fondo della ferita la quale era già ridotta a meno della metà della sua larghezza primitiva. S' aumentò la dose dell' estratto di cicuta e di protoioduro di potassio di cui l' operata faceva già da ben quindici giorni uso e si recisero le carni nascenti, poi si cauterizzò profondamente il luogo della recisione con un cauterio attuale: ma ciò tutto vanamente, perciocchè dopo venti giorni circa congeneri vegetazioni si manifestarono di nuovo quì e quà nella ferita, gl' ossi vicini cominciaron ad ammollarsi ed ingrossare, i vasi linfatici e le ghiandole del collo ingrossarono pure con qualche prontezza, sottentrò una febbruzza lenta vespertina, l' edema palpebrale s' aggravò, il respiro cominciò a farsi ansio, comparve un poco d' edema agl' arti addominali, le funzioni delle vie digerenti si smarriron ed in questo stato di cose l' operata chiese di ritornare nel suo paese nativo dove dopo alcuni

mesi fu vittima de' progressi sempre maggiori dello stesso male (Le notizie relative a cotesto caso furono raccolte dal Dottore Antonio Raffo).

Caso IV. Giovanni Stil...., tessitore, su i 62 anni, di temperamento sanguigno-linfatico e di costituzione mediocre, abusatore di vino e di liquori andò prima della pubertà soggetto ad epistassi frequenti, a pedignoni suppuranti, a croste al capo, ecc. Dai 14 ai 30 ebbe, per frequenti ubbriacchezze, a soffrire sovente pletore ed irritazioni vasali che ad ogni volta si vincevano con uno o con due salassi e con un vitto minorativo. Dai 30 ai 40 anni ammalò una volta per dissenteria tenace ed un'altra volta per bronchio-pneumonitide : con opportuno metodo curativo debellate, queste due malattie non lasciaron alcune tracce di se. Fu pure in quel tempo due volte affetto da uretritide blennorragica stata radicalmente guarita e su i 50 anni da ulcere sifilitiche state risanate con i soli mezzi mollitivi locali. Da qui ebbero principio i suoi mali i quali, dopo essersi per lo spazio di dieci anni manifestati in forma di dolori osteocopi vaghi e ricorrenti, riesciron un anno prima della sua accettazione nella Clinica in una gonfiezza dell' osso mascellare superiore destro la quale, assalita con soli mezzi mollitivi all' uopo insufficienti, riescì nello spazio di dieci mesi ad un enorme volume ed alla seguente degenerazione per noi riconosciuta al momento della sua accettazione nella Clinica ch' ebbe luogo verso la metà del mese di marzo dell' anno 1841 : gonfiezza enorme della guancia destra che s' estendeva fin alla tempia corrispondente : breccia piuttosto vasta nella parte destra del palato con uscita e con isporgimento di carni escrescenti nella bocca e con istillicidio di pus premendo la parete anteriore del seno : breccia nella parete anteriore del seno poco sotto l' orlo orbitale con uscita pur e con isporgimento di morbose vegetazioni e con istillicidio abbondante d' icore, soprattutto premendo la regione temporale : tutta ammollata l' arcata dentale destra con caduta di molti denti e con deviazione e vacillazione dei superstiti : sporgimento di carnose vegetazioni nella narice destra, ecc. S'ebbe

ricorso a rimedii mercuriali e s' insistette nel loro uso per lo spazio d' un mese circa. Svanirono con il loro uso i dolori osteocopi ma la malattia locale a vece d' indietreggiare prendendo di giorno in giorno un' evoluzione più tremenda, si dovette pensar a levarla via con l' opportuna operazione su il finire del mese di giugno del citato anno in presenza della Scuola. In vista dell' estensione del male su per la tempia s' incominciò l' incisione delle parti molli dalla commessura destra dei labbri e si prolungò nella direzione della stessa tempia molto più che non nei casi ordinarii : si dovette resecare non solamente tutto l' osso mascellare ma altresì la principale parte dell' osso zigomatico destro : la superstite breccia limitata dal lato esterno e superiore dal ponte zigomatico era veramente spaventosa ; la narice destra rimase aperta e la parete inferiore molle dell' orbita mancante d' appoggio. Avvegnachè nella risultante ferita non si vedessero più alcune tracce di male, ho non perciò pensato di cauterizzarne la sua metà esterna con il cauterio attuale. La medicazione della ferita fu molto semplice cioè si riempì il suo cavo con molli filaccica e si riunì la ferita delle parti molli con la sutura attorcigliata rafforzata da listerelle emplastiche. Pressappoco identica a quella dell' ammalato dell' antecedente caso III era la degenerazione de' tessuti stati resecati. Moderata fu la riazione traumatica, ma quarant' ore dopo l' operazione sorse improvvisa e strabocchevole una minacciosissima emorragia dal lato esterno e superiore della ferita, la quale cessò però subito per un' adatta compressione e non ricomparve più mai. Brevemente, nel termine d' un mese la ferita erasi con semplicissima medicazione ridotta a meno della metà della sua ampiezza, d' indole piuttosto buona erano le carni che la coprivano ed in questo mentre incalzato da urgenti affari di famiglia, l' operato dovette prendere congedo dalla Clinica. Gli si diede partendo il consiglio di ritornare, giunto alla sua patria, all' uso de' mercuriali e gli si diedero pur altri consigli conducevoli al suo caso, ma seppi dopo un anno che la malattia primitiva erasi riprodotta (Le notizie relative a cotest' osservazione furono raccolte dal Dottore Carlo Anfossi).

Caso V. Il contadino Giovanni N., d'anni 48, celibe, di temperamento linfatico, d'ingegno torpido, pusillanime, di debole volontà, pietoso, tardo agli atti, sofferse in età d'anni 10 un'otitide da ambe le orecchie per cui andò quasi affatto smarrita la facoltà auditiva. Per la condizione del suo stato si trovò egli esposto nella sua vita passata ad ogni sorta di miserie; fu male nudrito, male vestito, dormiva in luoghi umidi e malsani, obbligato a soverchia fatica per procacciarsi uno scarso vitto senz'alcun riparo contro all'intemperie dell'aria e delle stagioni. Non per questo viss'egli piuttosto sano sin all'età d'anni 20 in cui si diede al vizio dell'onanismo nel quale continuò fin al presente. Da cinque anni cioè nell'anno 1835 cominciò a patir acerbi dolori ne'denti dell'arco alveolare superiore destro per cui alcuni di questi guasti e corrosi o caddero da se o si dovetter estrarre. Su lo scorcio del mese d'aprile dell'anno 1840 essendosi egli dato con maggior attività ai lavori della campagna, ritornarono que'dolori più acerbi che non prima per cui, dopo averli sostenuti con molta rassegnazione per due mesi, ebbe ricorso ad una persona dell'Arte. Riconobbe questa una degenerazione dell'osso mascellare superiore destro, ma siccome coesisteva una febbre spiccata, gli praticò otto salassi e lo sottopose ad altri compensi antiflogistici. Cessò per questi la febbre, s'ammansò pur esso il dolore locale, ma non disparve il tumore. Continuò la triegua, in grazia anche d'alcune epistassi che di quando in quando ricorrevano da vegetazioni carnose già sporgenti nella narice destra, fino verso la fine dell'autunno del citato anno. Conferì anche a prolungare la triegua un abbondante sanguisugio praticato alle gengive coprenti la degenerazione. In questo tempo abitand'il povero malato una casa male riparata fu di nuovo assalito da gagliarda sinoca reumatica con aumento del tumore della mascella, per cui gli si praticarono undici salassi. Dopo del che essendo svanita la febbre e cresciuto ancora di mole il tumore, fu egli ricoverato nella Clinica operativa ai 5 del mese di dicembre dell'anno 1841. Quest'era lo stato di lui nel tempo dell'accettazione: grado innoltrato di

macilenza: colore della pelle molto pallido: febbretta verso sera: tumore duro, bernoccoluto, occupante la guancia destra e tutto dolorante, soprattutto nella parte media e superiore dove l' ammalato provava bene spesso pungenti trafitture e da dove derivava un poco di pus che con la pressione trascorreva in bocca verso la radice delle gengive: era esso così fluttuante e sporgente dal lato dell' orbita che l' occhio offrivasi deviato e schiacciato: l' arco alveolare destro, sguarnito di denti, ne era tutto impigliato; la pelle che lo copriva nel centro era rossa ed assottigliatissima: alcune vegetazioni morbose, facilmente sanguinanti nella narice destra, evidentemente derivanti dalla degenerazione del seno mascèllare: tumido il palato osseo del lato destro. Benchè la natura e la diuturnità del male, la sua facilità a riprodursi, la macilenza e l' affralimento delle forze dell' ammalato per le recenti malattie, per i patimenti e disagi durati e per la lunga abitudine dell' onanismo dessero poca confidenza su gl' esiti dell' operazione, non per questo invocandola l' ammalato, spinto dall' immanità dei dolori, con le lagrime agli occhi, fu essa eseguita ai 10 di marzo del citato anno in presenza della Scuola. Prolungandosi il tumor insino nella fossa zigomatica fu in questo caso necessario praticar un' incisione che dalla commessura de' labbri si prolungasse altresì sin in corrispondenza dell' omonimo arco osseo. Del resto, dissecato il lembo ed isolata con iscarpelli, seghe a cresta di gallo ed osteotomi la parte malata, ci accorgemmo nel distaccarla che da essa movevano due distinte vegetazioni carnose di cui l' una si prolungava nella narice posteriore destra e l' altra nella fossa zigomatica. Una volta distaccato il tumor il quale comprendeva anche la lamina orbitale dell' osso mascellare, l' occhio in prima del tutto coperto si rese visibile: non eran in esso tracce di malattia. Legata quindi l' arteria mascellare esterna, cauterizzata con il cauterio attuale la parete più profonda della soluzione di continuità e riempita di poi con morbide filaccica, si riunì la ferita esterna con la sutura attorcigliata. Fungoso nella sua superficie, il tumor offriva nel suo interno una tessitura fibro-

lardacea in cui vedevansi quà e là piccoli vani di cui alcuni pieni di materia idatidea ed altri d' un liquido icoroso. Non incontraronsi però tracce d' osso fuorchè nel suo contorno cioè dov' era stato distaccato dagl' ossi sani circostanti.

Brevemente, la riazione traumatica fu leggiera; la ferita esterna si riunì per prima intenzione ; la ferita profonda medicata sempre con mezzi mollitivi diede ne' primi tempi una suppurazione icorosa ed abbondante con alcuni pezzuoli d' osso stati cauterizzati, poi un pus men abbondante e di buona natura , poi si coperse di carni apparentemente di bell' aspettto, restringendosi con maravigliosa prontezza ; ma l' occhio fu al terzo giorno dall' operazione preso da infiammazione tenace senz' intensità, la quale fu, a malgrado dei più opportuni mezzi dell' Arte , seguita dalla sua fusione purulenta. L' operato entrò di poi in una calma perfetta ; ma in onta di ciò quella indomita flogosi oculare , quella prontezza con cui riescì alla purulenza m' indussero nel sospetto per me manifestato alla Scuola, che il male sarebbesi con tutta probabilità riprodotto. Di fatto un mese e mezzo dopo l'operazione, mentr' ogni cosa pareva volger al meglio, cominciaron a manifestarsi in prima rari e leggieri , poi frequenti ed acerbi dolori nella guancia, i tessuti circostanti alla cicatrice si resero edematosi , carni fungose , facilmente sanguinanti crebbero nella soluzione di continuità, nè valse una nuova e profonda cauterizzazione a cancellare cotesta riproduzione , chè indomita la malattia riprodotta riescì alle stesse tristi sequele già mentovate ne'sopra descritti casi (Le notizie di questa storia furono registrate dal Dottore Luigi Ciais).

Caso VI. Il contadino Giovanni Raimondo da Demonte , su i 29 anni , di temperamento linfatico-sanguigno , di costituzione anzi debole che no , nacque da parenti non mai stati tocchi d'affezioni cancerose, se si eccettui un suo zio paterno a cui era stato da me alcuni anni prima amputato il pene per un' enorme degenerazione cancerosa. Il suo corpo aveva preso un rapido incremento in lunghezza, ma offrivasi con forme sottili e soprattutto con petto angusto. Ossia disproporzione tra l'an-

gusto casso del petto ed il cuore, ossia disproporzione tra il sistema arterioso e venoso, il fatto è ch' era egli sempre stato soggetto fino dai più teneri anni ad una morbosa vibrazione del circolo cardio-carotideo con epistassi frequentemente ricorrenti: condizione di cose cotesta che suolsi incontrare ne' giovinetti in cui rapida è la crescenza. L' epistassi però, la quale era sempre preceduta da un po' di dispnea, da cardiopalmo e da svolazzi sanguigni al capo cessò su i 21 anni. Fu ai tredici anni tocco dalla scarlattina che guarì senza lasciare tracce di se. Dalla pubertà in poi andò sempre soggetto a pustole ricorrenti nel volto le quali, quando su i 21 anni cessò l' epistassi essend' egli addetto alla milizia, occorsero più numerose, per modo che provocaron una volta una flogosi risipolatosa piuttosto tenace che fu dopo un corso anzi lungo che no vinta con due salassi, con alcuni purganti e con il lungo uso consecutivo de' fiori di zolfo. Finalmente nel mese di novembre dell' anno 1844 gli si gonfiarono senza nota causa l'arco alveolare e la lamina palatina dell' osso mascellare superiore sinistro e la gonfiezza che fu assalita con soli mezzi mollitivi trascorse prontamente verso l' angolo interno dell' occhio e verso la linea mediana della mascella superiore. Ricoverato poi nella Clinica operativa ai 28 di gennaio dell' anno 1845 ci s' offerse egli nelle seguenti condizioni morbose: tumor occupante la metà anteriore dell' arco alveolare sinistro dov' era molleggiante e prolungato su il principio della lamina palatina dell' osso mascellare sinistro dov' offriva una durezza ossea; s' estendeva esso pure su l' osso mascellare destro ad un mezzo pollice di distanza dalla sua connessione con il sinistro nella linea mediana: derivava da ciò che il naso era con singolare deformità sollevato ed alquanto deviato verso la parte destra del volto, continuando l' aria a passare per ambe le narici, però più facilmente per la destra che non per la sinistra: in alto erasi il tumore prolungato sin in vicinanza dell'angolo interno dell' occhio, illesi però l' occhio e le palpebre: nessuna traccia di gonfiezza in corrispondenza dell'antro d' Igmoro sinistro: degenerazione come fungosa delle gengive in corrispon-

denza del tumore e della mucosa coprente la terza parte anteriore sinistra del palato osseo. Siccome il male progrediva celeremente e sarebbesi vanamente tentato di fermarlo con mezzi incruenti, si passò alla resecazione della parte affetta ai 10 di febbraio del citato anno in presenza della Scuola. Mediante un' incisione che dal disotto dell' angolo interno dell' occhio sinistro si prolungava al margine libero della parte sinistra del labbro superiore in un punto equidistante dalla commessura de' labbri e dalla linea mediana, risultarono due lembi i quali furono prontamente dissecati fin al di là della base del tumore rimanendo le parti molli del naso aderenti al lembo rivolto verso la linea mediana. Fu dopo ciò facile resecare con la sega e con una sgorbietta piana percossa con il maglietto tutta intera la parte contaminata. Illeso rimase il seno mascellare sinistro. S' arrestò l' emorragia con la legatura della coronaria labbiale e del ramo sottorbitale della mascellare interna e, ad onta che i tessuti della ferita s' offrissero in condizioni di sanità, si pensò, per maggiore precauzione, essere meglio cauterizzarli con il cauterio attuale per un grande tratto, specialmente nella più ima sua parte. Si riunì quindi la ferita esterna con la sutura attorcigliata. Duro nel suo centro, il tumore offerse nella sua periferia una degenerazione osteosarcomatosa, però anche la sua parte centrale dura era compresa da un cupo lavorìo flogistico con morbosa iniezione dei vasi sanguigni. Il periostio era più spesso del solito ed in via di degenerazione fungosa. Non si vedevano nella porzione d' arco alveolare stato levato via alcune tracce di denti. Moderata ne' due primi giorni dall' operazione, la riazione traumatica insorse piuttosto vivace nel terzo ma cedette prontamente a due salassi generali. Del resto la guarigione non interrotta da alcun accidente fu così rapida che al ventesimo giorno l' ammalato bramava dilungarsi dalla Clinica. Conscio però per mia propria sperienza della facilità con cui i sì fatti mali si riproducono, io lo ritenni ancor in osservazione nella Clinica per lo spazio di venti giorni, nel corso de' quali vedemmo effettivamente con nostro grave cruccio ricomparir un tumoretto

verso l'angolo interno dell'orbita sinistra tra esso ed il lato del naso, il quale prese in pochi giorni un rapido incremento. Ho cercato di persuadere l'operato della necessità di rioperarlo, ma non avend'egli a ciò consentito abbandonava la Clinica ai 20 del mese di marzo del già citato anno (Le circostanze relative a questo caso furono registrate dal Dottore Calisto Brunati).

Caso VII. Sono dispiacente che siasi smarrita l'osservazione d'un altro caso di resecazione della mascella per me eseguita son ora otto anni nella Clinica. Dirò però del medesimo le più essenziali circostanze che ho presenti alla mia memoria. Trattavasi d'un uomo su i 47 anni, robustissimo, il quale fu ricoverato nella Clinica per moderata gonfiezza dell'osso mascellare superiore destro con crepaccio sinuoso nel centro della parte destra del palato osseo che durava già da più d'un anno. La parete esterna dell'antro d'Igmoro destro era vistosamente tondeggiante ed in alcuni punti, specialmente nelle vicinanze della fossa canina, anche un poco molleggiante ed alquanto mobili erano pur i denti corrispondenti a quell'antro. Del resto il lato destro del volto non offriva alcun'altra difformità. Si toccarono con una piccola tenta introdotta nell'antro d'Igmoro pel foro del palato alcune schegge ossee libere nel medesimo. Era natural il pensare che cotesti corpi stranieri conferisser a mantener una cupa flogosi nell'antro: era perciò eziandio naturale che innanzi tutto si pensasse ad estrarli. Furono effettivamente estratti, previa dilatazione del foro palatino: non per questo la malattia, dopo essere stata per qualche tempo stazionaria, si mise di nuovo in progresso; per modo che si dovette resecare l'osso mascellare superiore destro. Moderatissima fu la riazione traumatica ed a capo di due mesi la ferita superstite all'operazione era ridotta alla larghezza di quattro linee su tre di profondità e ne stillavano poche gocce di pus ancora di buona natura, cessati tutti gl'incomodi della preesistente malattia, non eccettuati i dolori. L'operato prese quindi congedo dalla Clinica e giunto in patria fece, in grazia dell'ottenuta guarigione, attaccar in una Chiesa una tabella votiva. Però

la guarigione non fu permanente e fu egli vittima dello stesso male riprodottosi qualche tempo dopo.

Caso VIII. Costanzo Bronchiero da Busca: contadino: anni 57: nato da parenti sanì: temperamento sanguigno-linfatico: abito cardio-capitale: abusatore di vino e di bevande alcooliche: stato nell' infanzia soggetto alla tigna, ai pedignoni ed a lunga otorrea. Ai 13 anni disparvero cotesti incomodi e godette egli d' allora fin ai 50 anni una sanità piuttosto buona, ove s' eccettui però una grande facilità all' intasamento delle ghiandole giugolari per le vicissitudini atmosferiche, alle afte ed allo stillicidio di sangue dalle gengive; ondechè più denti crollarono quasi senz' alcun dolore. Andò su i 50 anni ad abitar un luogo molto umido. Ci narrò che un giorno ritornato a casa stanco dal lavoro e madido di sudore s' adagiò su il letto dove stette per molte ore sopito nel sonno e che, non appena trascorsi otto giorni da ciò, gli si manifestò una piccola fessura su la parte destra del labbro inferiore la quale, cauterizzata con il nitrato d' argento, cicatrizzò, superstite un piccolo e duro nodo. Riapertasi dopo un anno, quella fessura non cicatrizzò più con la cauterizzazione ma rendendosi di giorno in giorno più larga e gettando più profonde le radici comprese poco per poco tutta la parte destra del labbro e l' osso stesso della mascella, aggiuntosi eziandio un abbondante scolo mucoso dal naso. Fu allora cioè ai 10 d' ottobre 1840 ricoverato nella Clinica operativa dove ci offerse alla prima visita i seguenti sintomi e segni: degenerazione cancerosa occupante tutto il labbro inferiore: ghiandole retromucose e tessuto cellulare della radice del labbro talmente duri ed aderenti che sembravano fare parte dell' osso. Tumido il periostio coprente il lato destro dell' osso mascellar inferiore il quale offriva pur esso nella sua faccia esterna tracce di degenerazione osteosarcomatosa: i denti in grande parte caduti ed i superstiti vacillanti e deviati: tumide e dure le gengive: il male dal lato sinistro della sinfisi del mento s' estendeva fin al di sopra dell' angolo destro della mascella e cresceva visibilmente di giorno in giorno. Non essendo mio intendimento dimorarmi

nel descrivere minutamente l' atto operativo, dirò solo che, previa una lunga ed opportuna cura preparativa, io lo ho ai 10 di dicembre di dett' anno sottoposto alla resecazione della mandibola in presenza della Scuola e di molti Dottori, fra cui il mio Collega Professore Cavaliere DEMICHELIS ed il Dottore LUIGI GALLO il quale pei suoi distinti meriti fu recentememente insignito della decorazione dell' ordine dei SS. Maurizio e Lazzaro. Fatti gl'opportuni lembi, ho con la sega a catena resecata la mandibola inferiore dal lato sinistro in corrispondenza del terzo dente molare e dal lato destro nella sua apofisi montante pressappoco su il piano del lobulo dell' orecchia. Ho quindi recise e levate via tutte le parti molli e dure contaminate dopo che ebbi fatto passar un ago curvo portante un doppio filo di seta incerata a traverso dei muscoli genioglossi e del freno della lingua per impedirne il ritiramento nelle fauci. Mi toccò pure recidere dal lato della ferita tre ghiandolette linfatiche della regione giugolare superficiale che eran indurite. Fissato quindi il testè detto doppio filo ad un cercine metallico preventivamente preparato, ho con la sutura intorcigliata riunita la ferita delle parti molli. La riazione traumatica insorse discreta. Fu facil impedire la deviazione della lingua. La ferita si riunì nella massima parte per prima *intenzione* ed il rimanente cicatrizzò per second' *intenzione*, previi alcuni toccamenti con il nitrato d' argento. Il volto per la grande perdita di sostanza della mandibola inferiore rimase molto difforme. In grazia di cotesta grande perdita di sostanza ossea bastarono pochi e corti lembi per coprire la superstite ampia breccia. Concorreva ad aggravare la deformità il pezzo sinistro della mandibola il quale, dopo la resecazione, aveva continua tendenza a portarsi innanzi verso la guancia, per cui si dovette al fine vincere quella tendenza con una lunga e diligente pressione. Nei due primi mesi dall' operazione occorsero due piccoli ascessi nella parte alta del collo i quali, aperti con la lancetta, risanarono prontamente. Però a mano che la cicatrice andava consolidandosi, vedemmo la lingua ritirarsi per gradi verso le fauci, aggiungersi difficoltà nella deglutizione in prima degl' a–

limenti mollicci e poi dei liquidi, la persona assottigliarsi e le forze smarrirsi, anche per la continua perdita della saliva ed in fine la morte chiudere la dolorosa scena tre mesi dopo l'operazione, ritardata forse d' alcuni giorni dai mezzi di nutrizione che s' adoprarono per clisteri, per bagni e per iniezioni esofagee, avvegnachè i liquidi nutrienti artificialmente introdotti nell' esofago ringorgassero quasi tutti. S' incontrarono nella necroscopia alcune chiazze sanguigne nella mucosa delle vie digerenti, specialmente nel ventricolo e nell' intestino ileon, tracce d' ingorgo nella base del polmone sinistro, evoluzione maggiore del solito di numerose ghiandole mesenteriche, il ventricolo destro del cuore largo con le sue pareti assottigliate e molli. S' incontraron alcune altre alterazioni, ma nè queste nè quelle sufficienti a dare ragione della morte a cui ebbero per certo maggiore parte le condizioni d' anemia e d' ipostenia. Ma ciò che singolarmente riscosse l' attenzione fu il rinvenir una durezza scirrosa nell' estremità inferiore della parotide destra, due tubercoli scirrosi nella regione sopraioidea destra ed un altro tubercolo pur esso scirroso nella parte destra del labbro inferiore. Si vede quindi che, se il meschino non fosse soccombuto ad un' altra malattia, sarebbe poi più tardi stato vittima del primitivo male rigenerato (Le notizie relative a questa fattispecie furono raccolte dal Dottore Carlo Vogliotti).

Dopo avere riferiti otto casi di resecazione di mascelle per morbi d' indole rea, i quali certamente inspirano poca fiducia nell' operazione in sì fatte circostanze di cose, io narrerò ora un caso di voluminosa esostosi dell' osso mascellare superiore. Molto rara e per lo più d' indole celtica, l' esostosi degl' ossi mascellari superiori è ora eburnea, ora spugnosa, ora eburneo-spugnosa. È molto singolare il caso riferito da Aberneth (vedi Dizionario di Chirurgia pratica di Samuele Cooper) d' un' esostosi che fu il seguito d' un fungo dell' antro d' Igmoro spontaneamente risanato. Si vuole che cotest' esostosi si distingua dalle raccolte mucose e purulente dell' antro e dalle vegetazioni polipose del medesimo nelle quali le pareti di questo acquistando

maggiore superficie diventano più sottili e più cedenti, per ciò che l' esostosi offre una solida resistenza e non è, come le vegetazioni fungose, midollari, cancerose, associata ad emorragia, a stillicidii di fetida sanie dalle narici, ad uscita di ricrescimenti carnosi da qualche alveolo carioso, dal palato distrutto o da qualche altra innaturale apertura. Vuolsi ancora da alcuni che cotest' esostosi, se non cede ai mercuriali, abbiasi a levare via per resecazione, come praticò con felice successo Giorgi (*Ann. universali di Medicina* Vol. 41), mentr' altri, tra cui Buccelli, danno il consiglio di fare poco o nulla contro l' esostosi come quella, dicono, che non debbe recare gravi molestie. Il caso ch' io sto per narrare dimostra che, se nel suo primo periodo l' esostosi può, pei sopra citati caratteri, distinguersi dalle degenerazioni fungose, midollari, cancerose, non è più così nei suoi ultimi periodi in cui assume essa alcuni dei caratteri delle degenerazioni pur ora citate. Dimostra essa ancora che l' esostosi è capace di recare, non che gravi malattie, la morte stessa e che perciò, s' essa non cede ai mezzi incruenti, debbe tosto levarsi via con mezzi operativi, nissun riguardo avuto alla contraria opinione.

Maria Crotti da San Rafaele : contadina : temperamento sanguigno a base venosa : costituzione piuttosto robusta : sana nella bassa età : menstruata a quindici anni : abbondante e regolare in principio, la menstruazione andò di volta in volta scemando in copia così che sottentrò una vera dismenorrea. A mano che scemava il flusso menstruo insorgevano turbazioni nella grande circolazione, rivelate ora da palpitazioni, ora da sintomi d' iperemia polmonare, ora da cefalalgia, ora da odontalgia. Nella stessa età d' anni quindici fu colta da febbri intermittenti che negligentemente curate lasciarono dopo di sè una leggiera ostruzione epato-splenica con ingorgo abituale del sistema venoso addominale : nacque da qui che per alcuni anni, specialmente nel passaggio dell' inverno alla primavera, le si manifestassero circoscritte risipole alle gambe con consecutiva ulcerazione della cute la quale non aveva alcun' attinenza a mali sifilitici da cui

l' ammalata non era stata tocca mai. Ciò è notevole che, presenti quelle ulcere, gl' altri malori cessavano per esacerbarsi quando, favorite dal calore della stagione, le ulcere cicatrizzavano. Su i 24 anni scomparver esse e furono sostituite da dolori tensivi, continui e crudeli nella parte destra del margine alveolare superiore, nel seno mascellare dello stesso lato, profondamente in corrispondenza dell' apofisi pterigoidea, nella direzione della base del cranio, poco stante conseguitati da tumidezza della guancia del lato dolente, stata negletta per tre mesi, dopo i quali spaventata l' ammalata del suo quotidiano incremento ricorse alla Clinica operativa ai 25 d' aprile dell' anno 1841. Presentava in quel tempo un tumore duro che, movendo da una base larga due pollici circa dal seno mascellare destro, si alzava da 18 a 20 linee sopra il piano naturale della guancia: presentava pur un altro tumore duro, oblungo, liscio e fisso al lato corrispondente della volta palatina: toccavasi ancora nella parte superiore dell' antro d' Igmoro al disotto dell' orbita una tumidezza molleggiante e simulante una falsa fluttuazione. L' inferma era febbricitante, soffriva dolori acerrimi nel tumore ed aveva di continuo pesante, doloroso e caldo il capo con un tal quale grado di stupidità che generava il sospetto d' un cupo lavorio flogistico delle parti entro il medesimo contenute. Crebbe cotesto sospetto quando si vide che la morbosa condizione del capo continuava e che continuava pur un tal quale grado di febbricella, tuttochè i dolori del tumore assaliti con tre salassi e con l' uso esterno ed interno della cicuta si fossero dopo un mese di cura mitigati e poi poco stante spenti. Frattanto il tumore dell' osso mascellare cresceva celeremente, l' appetito si smarriva, la digestione era ognora più difficile e lenta, occorreva di volta in volta diarrea, le notti eran insonni, la persona andava di passo celere ad una spaventevole macilenza. In questo stato arrischiato era il partito dell' operazione: altronde quella tumidezza molleggiante che si toccava al disotto dell' orbita e di cui s' è sopra parlato erasi resa dolorosa e sede d' un cupo lavorìo purulento che in fatti dopo l' uso di cataplasmi

emollienti scoppiò quindici giorni appresso. Nel corso di cotesto lavorio purulento le forze dell' ammalata andaron in maggiore decadimento, crebbe la febbre abituale, il tumore principale s' allargò così fattamente che poco mancava non uguagliasse in volume il capo dell' ammalata, poi si screpolò e riuscì in alcuni luoghi alla cancrena con uscita di copiosa e fetentissima sanie e con ricrescimento di carni fungose per cui, esauritesi affatto le forze dell' ammalata, logore già per la lunga dieta, per l' intercorrente diarrea e per la continua febbretta, ne conseguitò la morte. La necroscopia rilevò quanto siegue: corpo emaciato: viscere dell' addomine e del torace sane ma assai flacide: molta copia di siero nelle grandi cavità sierose: il lobo anteriore dell' emisfero destro del cervello offriva, principalmente dove appoggia su la volta orbitaria, i suoi invogli molto iniettati e la sua sostanza corticale molle, di colore bigio-azzurrognolo, quasi di lavagna: occhio destro schiacciato dal tumore contro la parete superiore dell' orbita e fuso: naso deviato a sinistra: narice destra onninamente schiacciata: escrescenze fungo-lardacee sporgenti dalla breccia ulcerativa del palato e della guancia: tessuto celluloso sottocutaneo indurato, come lardaceo. L' esostosi formante il tumore non era di tessitura uniforme: la sua parte esterna o la corteccia, della spessezza di due o più pollici, era assai dura, ma fragile e cavernosa: la porzione centrale aveva in quella vece una disposizione molto più singolare per ciò che la sua sostanza, benchè ossea, presentava una tessitura fibrosa di cui le fibre le une alle altre strette senz' interposto vano convergevano dalla periferia verso il centro e le davano, per l' aspetto, per la durezza, per la fragilità e pel peso, la più grande rassomiglianza con quel legno vecchio ed infracidito che nella notte si mostra fosforescente. La porzione del tumore che dalla volta palatina sporgeva nella bocca e che non era gran che cresciuta, offrivasi compatta, durissima, quasi eburnea, mentre le parti più eccentriche del tumore, stava per dire le sue appendici prolungate su l' osso nasale destro, su l' etmoide e su il zigomatico, tenevano quasi il luogo

di mezzo tra la sostanza esterna e l' interna del corpo dell' esostosi, non avendo nè la durezza nè la forma cavernosa della prima, nè la struttura a fibre della seconda, ma essendo piuttosto simili a finissima spugna e molto friabile. Dalla sì fatta disposizione di cose vi ha luogo di conghietturare che l' esostosi avess' avuta origine dalla faccia interna del seno mascellare, d'onde irradiatasi verso il centro quella porzione di tumore rinvenuta fibrosa ne avesse riempito il cavo e scostate quindi le pareti. Le quali tocche poi esse stesse dal lavoro di degenerazione fossero state da questo convertite nell' anzi detta sostanza dura e cavernosa della corteccia del tumore. Vi ha pure luogo di conghietturare che dall' osso mascellare così alterato la degenerazione si fosse quindi nel lato destro del volto diffusa agl' ossi etmoide, unguis, nasale, processo pterigoideo dello sfenoide, zigomatico, palatino, i quali eran tutti coperti dal sopra citato tessuto spugnoso e friabile. Si dice *coperti* giacchè, sebbene al primo aspetto sembrasse che la sostanza stessa di quegl' ossi fosse alterata, più attentamente esaminando però si riconobbe che quel tessuto spugnoso ai medesimi aggiunto poteva usando diligenza separarsi dalla loro superficie e così essere levato via quasi del tutto, salvo in alcuni punti da cui si scorgeva essere sorto a modo di tante epifisi e di dove s' era poi disteso su la superficie degl' ossi come per intonacarle. Dal che sembrerebbe che quell' esostosi fosse stata ad un tempo parenchimatosa ed epifisaria, giacchè era stata epifisaria nel suo primo periodo di ricrescimento nell' interno dell' antro e s' era quindi resa parenchimatosa invadendo la sostanza stessa dell' osso mascellare e di nuovo poi si mostrava con forma epifisaria negl' ossi secondariamente invasi (Le notizie relative a questa fattispecie furono registrate dal Dottore Luigi Balestra, ora Medico Militare di Reggimento).

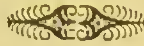
Avvertenza.

Il Dottore Lanza, di cui s'è parlato alla pagina 482 di questo Volume, mi scriveva agl' ultimi trascorsi giorni che, in seguito a ripetuti raffreddamenti di corpo, era egli di nuovo stato nell' autunno p. p. assalito dalla diarrea con sete inestinguibile, scarsezza massima d' orina, conseguitata poco stante da edema degl' arti addominali; che in questo stato un vecchio Medico Napolitano emigrato, dimorante in Genova, non soddisfatto della diagnosi per me fatta, gl' aveva suggerite alcune polveri d' aristolochia, ipecacuana e mastice, durante l' uso delle quali l' edema delle estremità inferiori erasi diffuso alle pareti del ventre ed alle parti inferiore e laterali del petto con minaccia d'ascite; che avend' egl' allora fatto ritorno al metodo di cura per me usato e descritto nel luogo poc' anzi citato, soprattutto alle iniezioni d' una soluzione di nitrato d' argento cristallizzato, riacquistò prontamente la sanità la quale d' allor in poi si mantenne perfetta.

Per la mole a cui è cresciuto questo Volume debbo mal mio grado intralasciare l' inserzione dei seguenti argomenti già preparati: 1.° un caso di laringo-tracheotomia per me praticata in un idrofobo: 2.° un caso d' ascesso lombare stato per me aperto nella parte più declive della regione lombare con tagli successivi de' tessuti interposti tra il piano della pelle e quello dell' ascesso: 3.° tre casi di guarigione d'inveterato induramento del piloro: 4.° nove casi d' ascessi dell' antro d' Igmoro: 5.° un caso di tumore cistico osseo avente sede nel palato e stato curato nella Clinica operativa nel volgente anno Accademico: 6.° un caso di rinoplastia totale di cui l' operato è ancora presentemente nella sala della Clinica, riescito a buon esito con la modificazione operativa di cui s' è parlato alla pagina 183 di questo volume: 7.° un caso d' idrofobia comparsa nel corso d' un grave ptialismo promosso dalle unzioni d' unguento mercuriale praticate con l' intendimento di prevenire l' evoluzione di quella malattia: 8.° caso d'una persona stata nell' anno 1794 amputata dal pene per malattie veneree locali e ciò bene rasente il pube, in cui trent' anni appresso cioè nell' anno 1824 si manifestò la lue sifilitica con esostosi in più ossi lunghi, stata fugata con il mercurio, ecc. Spero però che con il tempo potrò ritornare su questi argomenti.

INDICE

Delle materie contenute in questo Volume.



Lettera al Chiarissimo Dottore L. Paolo Fario intorno allo stafiloma pellucido . . . . pag. 3
Cura d'un tumore fungoso-melanico-midollare dell'orbita nato in seguito all'estirpazione d'un tumore scirro-lardaceo della stessa cavità . » 9
Sei casi di malattie guarite mercè dell'*agopuntura* con alcune riflessioni intorno al modo d'operare ed all'utilità della medesima . . . » 19
Ragionamento intorno alle ferite ed alle fistole del condotto stenoniano con proposta d'alcuni nuovi compensi operativi . . . . . . » 54
Due modificazioni all'operazione del fimosi . . . . » 92
Caso di sinizesi con pseudocataratta guarita con la pupilla artificiale praticata secondo il recente metodo di Maunoir dell'iridotomia totale . » 96
Una modificazione alla cheiloplastia . . . . » 102
Introduzione d'aria in una vena voluminosa nell'atto d'un'operazione chirurgica . . . . » 108
Diciassette casi di piedi torti equini, equino-vari e varo-equini stati curati con la tenotomia . . . . » 115
Notevole stringimento di vagina stato vinto con incisioni sottomucose . » 129
Mostruosità da difetto degl'ossi metacarpei e falangei, e da incompiuta evoluzione de' carpei della mano destra, unita ad altri particolari del corrispondente antibraccio e degl'ossi che lo formano . . . . » 133
Caso di neuralgia stata guarita con incisioni sottocutanee . . . . . » 134
Nuove vedute curative intorno alla lussazione del capo dell'omero con frattura del suo collo . . . . » 140
Casi provanti l'utilità dell'incisione del piccolo margine irideo per vincere l'iridospasmo che alle volte incontra nell'operazione della cataratta per estrazione . . . . » 162
Considerazioni su la blefaroplastia con alcuni casi d'utile applicazione della medesima . . . . » 169
Caso di necrosi e d'estrazione del condilo sinistro dell'osso mascellare inferiore, illesi gl'uffizii della corrispondente mascella . . . . » 184
Caso di rinoplastia riuscita al bramato successo mediante una semplice modificazione operativa . . . . » 188
Casi d'amputazione del collo dell'utero con alcune considerazioni intorno ai mali che la richiesero . . . . » 198
Due casi d'ascessi dell'orbita consecutivi a malattia del seno frontale, stati guariti con la perforazione della lamina orbitale dell'osso etmoide » 214
Caso di pronta guarigione d'una ferita della mano in cui più tendini erano non solo scoperti ma per un gran tratto isolati . . . . » 231
Caso di totale e felice recisione dell'uretra in una donna con alcuni precetti intorno a cotesta nuova operazione . . . . » 235
Voluminoso tumor erettile del collo stato guarito con l'iniezione di vino aromatico . . . . » 247
Rapidi cenni su il merito comparativo delle varie operazioni consigliate contro le emorroidi interne e specialmente su alcuni perfezionamenti del metodo di legarle . . . . » 259

Utili effetti dell' oppio introdotto nelle vie orinarie nella cura d'alcune malattie . . . . » 276
Discorso pronunziato nell'apertura all'adunanza pubblica tenuta dalla Società Medico-Chirurgica ai 12 di febbraio 1846 . . . . » 284
Due osservazioni di tetano traumatico guarito con l' eterizzazione, delle quali una scritta dal Dottore Lorenzo Bruno, Chirurgo Assistente alle Cliniche chirurgiche, ecc. . . . . » 295
Alcune considerazioni su la peotomia con una modificazione alla medesima. » 307
Compendio dell' opera su la cancrena contagiosa o nosocomiale . . » 325
Cenni sopra una risipola contagiosa . . . . » 352
Dei seni e delle fistole o delle ulcere sinuose e fistolose in generale ad uso della Scuola . . . . » 360

ARGOMENTI INEDITI.

Sei casi di cotilitide acuta seguita da apparente rapido allungamento dell'arto affetto e riescito in tutti i casi a buon esito con la cura antiflogistica sola od antiflogistico-revellente . . . . » 408
Guarigioni di gravi e profonde affezioni cariose e necrotiche del primo osso del metatarso senz'amputazione . . . . » 418
Due casi d'ascessi tonsillari apertisi spontaneamente nella parte laterale sinistra del collo, di cui uno associato a degenerazione d'una tonsilla. » 433
Qual è l'età in cui i bimbi tocchi di labbro leporino posson essere sottoposti all'operazione e qual è la sutura cruenta preferibile per la riunione de' margini del labbro leporino a quell' età . . . . . . » 437
Tre casi d'ascessi della ghiandola tiroide apertisi nella trachea con consecutiva guarigione radicale . . . . » 446
Enorme tumore cistico sottolinguale . . . . » 451
Caso di varice aneurismatica dell' arteria femorale . . . . » 454
Guarigione di due voluminosi tumori fibro-lardacei aderenti al peritoneo. » 458
Corpo straniero estratto da un' orecchia mediante il taglio con cui, distaccata in parte la conca nella sua inserzione all' osso temporale, è stata sciolta la continuità della parete posteriore del condotto uditorio . » 473
Due casi di diarrea cronica guarita iniettando nell'intestino retto una soluzione di nitrato d' argento cristallizzato . . . . » 481
Caso d'una porzione di cisti convertita in integumento . . . . . » 487
Idrottalmia anteriore guarita con la recisione d'un lembetto di cornea » 489
Caso d'ostacolo organico dell'esofago stato risanato con la cauterizzazione preceduta da un leggiero grado di dilatazione . . . . » 495
Esito felice d' un' amputazione di coscia a malgrado della complicazione d' un vasto ascesso della medesima . . . . » 499
Casi non ordinarii d' idrocele nell' uomo con alcune riflessioni relative allo stesso argomento . . . . » 508
Riflessioni sopra alcuni argomenti relativi alle ernie strozzate . . . » 532
Caso di morte per lacerazione della vena emulgente destra . . . » 571
Due casi d' esostosi sottunghiale del dito pollice del piede . . . . » 576
Tre casi di lussazione posteriore del solo cubito o di lussazione omerocubitale posteriore senza spostamento del radio . . . . » 580
Casi di vere fessure con ispasmo dell' ano, guarite con la recisione . » 584
Otto casi di resecazione degl' ossi mascellari per causa di degenerazioni fungose o cancerose od encefaloidee od osteo-sarcomatose, aggiuntavi la descrizione d'un'enorme esostosi delle pareti d'un seno mascellare » 590

		ERRATA		CORRIGE
Pag. 3	lin. 20	insaputa uno	*si legga*	insaputa l'uno
id.	21	scorso lanno		scorso anno
6	16	recidere quesia		recidere questo
13	19	un licore		un icore
14	20	linfatico ghiandolaro		linfatico-ghiandolaro
16	11	squamme		squame
20	23	marito sebbene		marito, sebbene
53	15	della gola		della gota
57	35	afferrarle. . legarle		afferrarla . . legarla
81 ed altrove	15	gamautte		gammautte
88	9	pocappresso		pressappoco
90	18	imboccato		introdotto
99	24	eseguendola debbo		eseguendola, debbe
104	7	e' da'		e' dai
id.	27	disseccando		dissecando
124	23	addattarlo		adattarlo
129	7	imprescrittibile di		imprescrittibile diritto di
141	4-7	assicelle		assiccelle
145	23	del capo dell' omero		dell' omero
155	3	d' alcun'		d' alcuni
id.	4	capsula ne		capsula nel
181	2	dolaroso		doloroso
189	annotazione	ripredotto		riprodotto
202	23	semiaperto		semicoperto
207	11	traffitture		trafitture
211	11	lunghierie		lunghiere
248	27	operazione		osservazione
267	19	sonni terrifici		sogni terrifici
273	8	generali delle		generati dalle
275	12	succedano		succedaneo
278	33	cataterismo		cateterismo
279	12	refratarii		refrattarii
299	18	ed una		ed in
312	32	de' corpi stessi cavernosi		de' corpi cavernosi
332	4	giaccian ammalati nel		giaccian nel
333	12	le cancrene		la cancrena
335	12	un irradiazione		un' irradiazione
340	24	miasma		umore
349	30	si producono		vi producono
367	13	dal canale		del canale
387	16	dall' estremità		dell' estremità
391	22	soprapposе		soprapose
404	9	troncatere		trocantere
id.	11	gemizio		gemitìo
412	14	sale canale		solfato di magnesia
416	22	delle pelvi		della pelvi
420 ed altrove	16	traffitture		trafitture
421	7	d' un' avellana		d' un' avellana
id.	34	la parte		la parete
443	32	sinistre		sinistra

Pag. 445	lin. 13	messe	*si legga*	messa
448	27	ondechè , fu		ondechè fu
455 ed altrove	25	sibilloso sibillo		sibiloso sibilo
461	6	più		poi
464	2	sutura e fatte		sutura fatte
481	5	cristalizzato		cristallizzato
490	11	insorgeva		insorge
501	26	ileo femorale		ileo-femorale
512	18	pneumorraggie		pneumorragie
514	12	imponevano		imponeva
520	1	ASTLEY , COOPER		ASTLEY COOPER
578	3	pressione d' ordinario		pressione , d' ordinario
593	27	ulile		utile



